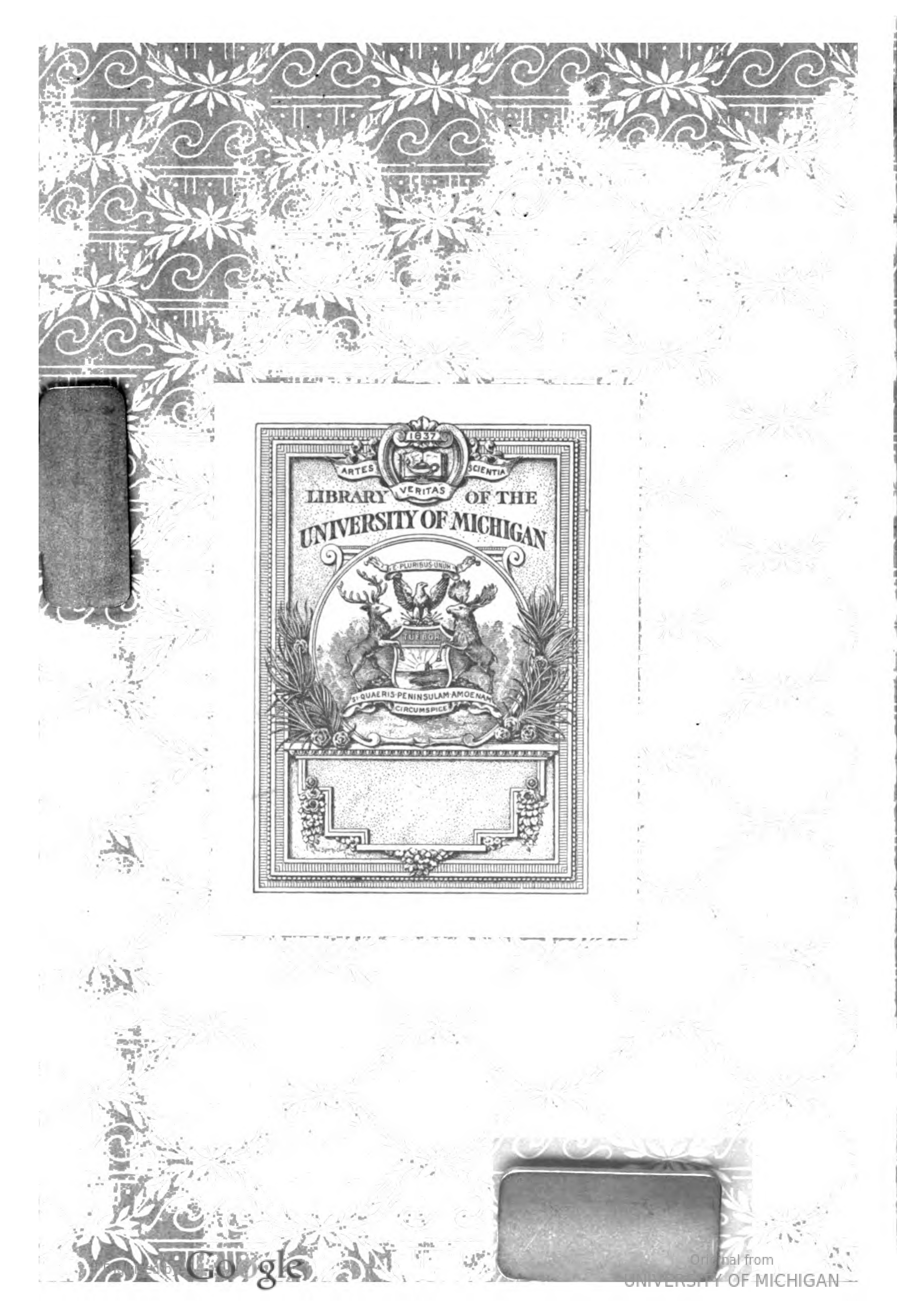
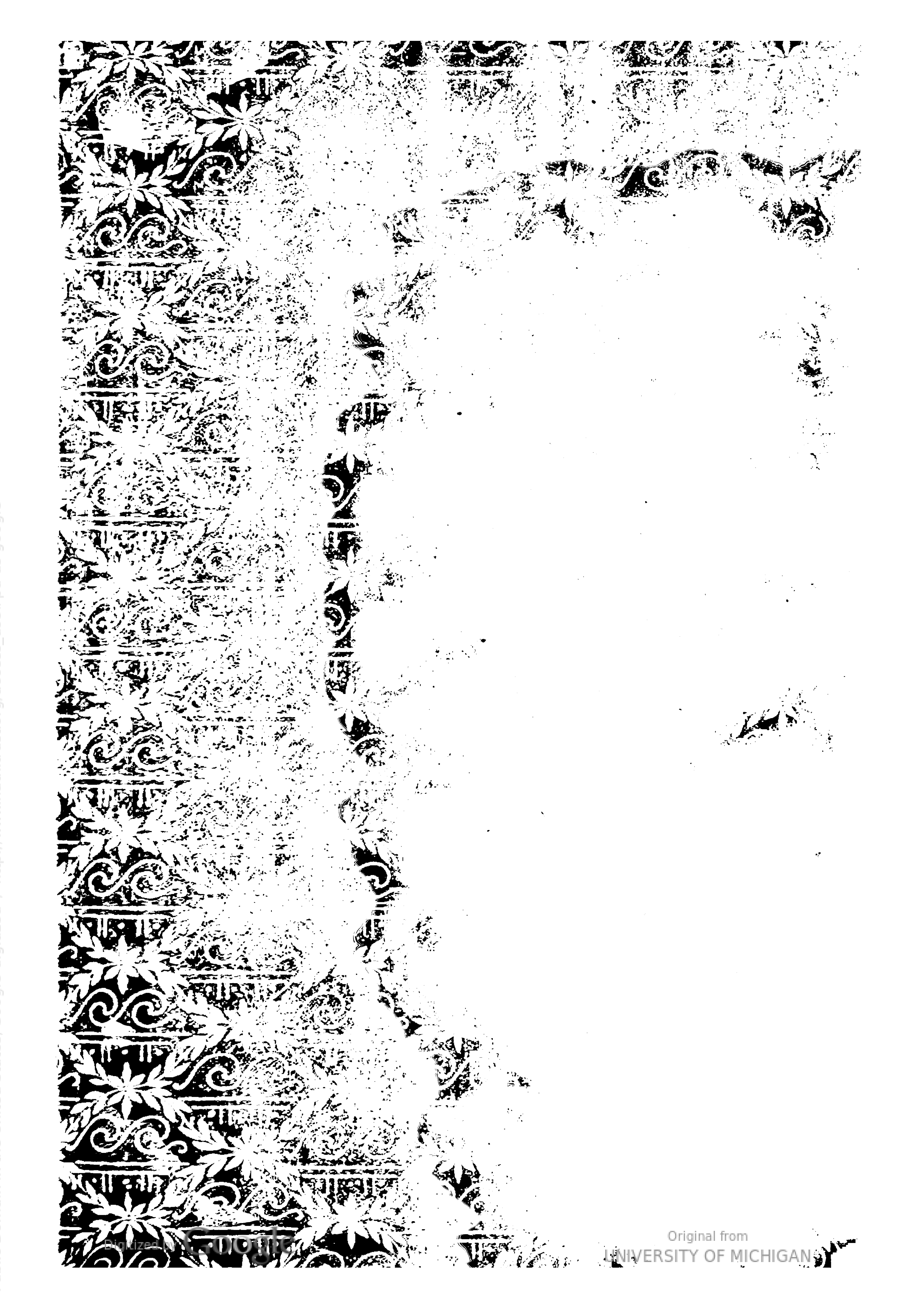



1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Zentralblatt
für
Chirurgische und Mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage

Herausgegeben von

Redigiert von

Prof. Dr. O. Vulpius

in Heidelberg.

Band IV

Mit zahlreichen Abbildungen im Text.



BERLIN 1910

VERLAG VON S. KARGER

KARLSTRASSE 15

Druck von H. Klöppel, Quedlinburg.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. Januar 1910. Heft 1.

Hetol in der Chirurgie.*)

Von

Dr. WEISSMANN,
prakt. Arzt in Lindenfels im Odenwald.

M. H. Wenn ich es unternehme, heute zu Ihnen über Hetol in der Chirurgie zu sprechen, so dürfen Sie nicht erwarten, dass ich besonders grosse Erfahrung auf diesem Gebiete habe oder dass überhaupt auch von anderen Autoren ein grösseres Material vorliege. Das ist keineswegs der Fall. Die Erfahrungen mit Hetol in der Chirurgie sind wenig zahlreich, die Methode der Hetolbehandlung bei chirurgischer Erkrankung ist noch garnicht ausgebaut. Das erscheint im ersten Augenblick befremdlich, da doch Albert Landerer Chirurg war, und es für ihn nahe gelegen hätte, auf seinem Spezialgebiete die Hetolbehandlung ganz besonders zu studieren. Doch Landerer wurde durch die Verhältnisse und infolge des Ueberwiegens der Lungentuberkulose der Zahl nach zur Behandlung dieser gedrängt und so ist es erklärlich, dass er zunächst bemüht war, die Hetoltherapie der internen Tuberkulose wissenschaftlich auszubauen, obwohl doch seine ganzen Untersuchungen von der Beobachtung chirurgischer Tuberkulosen ihren Ausgang genommen haben.

Von anderen Chirurgen ist die Hetolbehandlung nur ganz vereinzelt, von Vulpius und Niehues nachgeprüft. Vulpius hat

*) Ref. erstattet in der Sitzung der „Freien ärztlichen Gesellschaft zum Studium der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Hetolbehandlung" in Kassel am 24. Okt. 1909.



früher, so weit bekannt, besondere Erfolge nicht erzielt, ja bei Anwendung des Hetokresols üble Folgen wie Schüttelfrost gesehen. Er scheint aber selbst zu glauben, dass er wohl die Methode nicht richtig angewendet habe, denn seit etwa Jahresfrist hat Vulpius seine Nachprüfnngen wieder aufgenommen. Bis jetzt ist er zu einem sicheren Urteil über den Wert des Hetols nicht gekommen. Aeussere Verhältnisse, wie häufiger Wechsel der Assistenten, haben die Zuverlässigkeit der Beobachtungen wie der Ausführung der Methode nicht gerade günstig beeinflusst. Niehues hat über 63 Fälle chirurgische Tuberkulose berichtet, von denen 23 geheilt und 9 gebessert wurden. Von ganz vereinzelten Fällen berichten Hödlmoser, Lassar, Fehde, Bruch, Krone, Deitermann, Blum, Reynier. Ich selbst habe 7 Fälle chirurgischer Tuberkulose behandelt. Weder aus der Literatur noch aus persönlichen Mitteilungen sind mir weitere Fälle bekannt geworden.

Wie Sie sehen, liegt also nur ein sehr mässiges Material in dieser Frage vor. Wenn ich trotzdem das Thema „Hetol in der Chirurgie" auf die Tagesordnung gesetzt habe, so geschah das in der Hoffnung, dass erstens vielleicht dieser oder jener angeregt wird, Hetol bei chirurgischer Erkrankung nachzuprüfen und zweitens, dass vielleicht einer oder der andere noch Erfahrungen in dieser Beziehung hat und entweder hier in der Diskussion oder auch in der Fachpresse Mitteilung hiervon macht.

Wenn ich kurz die Methode schildern soll, so dürfte in erster Linie bei allen Fällen chirurgischer Tuberkulose die intravenöse Injektion zur Anwendung kommen. Gerade die Tatsache, dass die Todesursache bei chirurgischen Tuberkulosen doch fast stets in inneren Tuberkulosen, in Metastasen zu suchen ist, lässt es ausserordentlich wichtig erscheinen, neben der lokalen Behandlung zu versuchen, die inneren Herde günstig zu beinflussen. Bei geschlossenen Tuberkulosen chirurgischer Natur werden wir ausserdem noch Hetol lokal injizieren, wir werden den Heilungsprozess durch Immobilisation, durch Entlastung, durch Biersche Stauung je nach Lage des Falles zu unterstützen suchen. Bei Vereiterungen werden wir zu atypischen Operationen greifen müssen, kurz und gut, wir werden bei der Hetolbehandlung chirurgischer Tuberkulosen der rein chirurgischen Hilfsmittel nicht entraten wollen, so wenig wir bei der Behandlung interner Tuberkulosen uns einseitig begnügen mit der intravenösen Hetolinjektion ohne die persönliche Hygiene unserer Patienten zu überwachen und ohne alle für den betreffenden Fall geeigneten anderen Hilfsmittel heranzuziehen.



Einer so durchgeführten Hetolbehandlung chirurgischer Tuberkulosen wird von Landerer und anderen nachgerühmt, dass ihre Dauer wesentlich abgekürzt werde, dass bei ihr Rezidive seltner seien, dass die Beweglichkeit der Gelenke eine bessere werde und dass, wie schon erwähnt, etwa vorhandene innere Herde günstig beeinflusst werden.

Ich möchte Ihnen nun noch kurz eine statistische Zusammenstellung über die mit Hetol behandelten chirurgischen Fälle geben, soweit es mir möglich war, sie aus der Literatur und aus persönlichen Mitteilungen zusammenzustellen:

Hüftgelenksentzündungen 34
15 geheilt, 8 gebessert, 11 nicht gebessert.

Kniegelenksentzündungen 36
24 geheilt, 8 gebessert, 4 nicht gebessert.

Fussgelenksentzündungen 21
16 geheilt, 1 gebessert, 2 amputiert und trotz Erkrankung der Lunge geheilt, 2 nicht gebessert.

Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenksentzündungen 24
18 geheilt, 1 gebessert, 5 nicht gebessert.

Spina ventosa 3, alle geheilt.

Spondylitis 14,
5 geheilt, 3 gebessert, 6 nicht gebessert.

Sonstige 26, darunter 1 Hodentuberkulose, 2 Sehnenscheidentuberkulosen und 2 tub. Rippenkaries
18 geheilt, 2 gebessert, 6 nicht gebessert.

Lupus 4, 4 Dauerheilungen über 2 Jahre.

Zusammen sind das also 162 Fälle, geheilt wurden 105, gebessert 23, nicht gebessert 34. In Prozenten ausgedrückt wurden 64,6% geheilt, 14,2% gebessert und 21,2% nicht gebessert. Erfolge sind also zu verzeichnen in 78,8% der Fälle, eine Tatsache, die gewiss geeignet erscheint, zu weiteren Versuchen mit der Hetolbehandlung bei chirurgischen Tuberkulosen zu ermuntern.

---

1) **Jules Lemaire** (Paris). Malformations congénitales, familiales, héréditaires des mains et des pieds.

Revue d'orth. 1909. Nr. 3.

Zwei Brüder, 19 und 25 Jahre alt, deren syphilitische Mutter beiderseits sechs Zehen aufweist und deren Bruder an jeder Hand nur den Daumen und zwei Finger hatte, zeigen folgende Missbildungen:



Pat. I hat eine Syndaktylie zwischen 3. und 4. Finger an beiden Händen, Flexionskontraktur des linken Zeigefingers, zangenförmige Füsse (ausgebildet ist nur die grosse und die kleine Zehe, die beide hummerscheerenförmig gegeneinandersehen.

Beim II. Pat. ist die linke Hand normal, die rechte zeigt Syndaktylie des Daumens mit dem Zeigefinger, ferner ein kleines Rudiment eines überzähligen Fingers zwischen Zeige- und Mittelfinger. Die Füsse sind denen des Bruders ähnlich. Das Röntgenbild zeigt bei beiden Pat. normale Fusswurzelknochen, Fehlen des 2. Metatarsale, sowie sämtlicher Phalangen der 2. und 3. Zehe.

Ewald-Hamburg.

2) **Wiesermann.** Ueber Chondrodystrophia foetalis mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entstehung durch mechanische Ursachen.

Diss. Marburg. 1909.

W. hat genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchungen bei einem Fall vorgenommen, bei dem alle Zeichen vorhanden waren, die für die Chondrodystrophia foetalis hypoplastica charakteristisch sind. Auf Grund der Ergebnisse dieser seiner Untersuchungen, die genau und ausführlich wiedergegeben sind, kommt er zu der Ansicht, dass alle Veränderungen, die er an den Knochen finden konnte, sich gut auf eine gleichzeitige Beeinflussung von aussen, in dem Sinne einer konstanten, chronischen Kompression derselben beziehen lassen, und zwar glaubt Verf. diese Schädigung in der einhüllenden Haut suchen zu müssen, die er eingehend untersucht hat. Diese Befunde stimmten im wesentlichen mit denen Schwendeners überein. Die in allen Schichten hypertrophische Haut umschloss straff und fest gewulstet die Knochen; von Falten der Haut, wie sie Kaufmann gefunden haben will, war keine Spur vorhanden. Demnach kann es wohl nach W.'s Ansicht die Haut gewesen sein, die, wie eine enge, fest elastische Hülle die Knochen von frühen Wachstumsperioden an umspannt, ihr Wachstum also allseitig gehemmt und sie zu Deformationen gezwungen hat.

Blencke-Magdeburg.

3) **Gordon Moir.** Achondroplasia occuring in a chinaman.

British medical Journal. 1909. Nr. 2539.

Beschreibung eines 58 jährigen, 42 Zoll hohen Chinesen mit Achondroplasia. Diese bei Chinesen noch nicht beschriebene Krankheit weist keine Unterschiede von dem typischen Bilde auf.

Mosenthal-Berlin.



4) **J. A. Schabad** (Petersburg). Der Kalk in der Pathologie der Rachitis.

Berl. klin. Wochschr. 1909. Nr. 18.

S. fand bei 5—7½ Monate alten gesunden Kindern einen geringeren Aschegehalt der Knochen als bei Neugeborenen (50 bis 54% gegen 60%). Noch stärker war die Verarmung der rachitischen Knochen an Asche, so dass der Wassergehalt sowie die organischen Bestandteile die Asche überwiegen. Bezüglich der Entstehung der Rachitis schliesst sich S. der chemischen Theorie, wenigstens für einen Teil der Fälle an (Kalkhunger). Zum Beweis dienen die Experimente, die bei wachsenden Hunden mit kalkarmer Nahrung immer eine der Rachitis sehr ähnliche Krankheit hervorrufen konnten, wenn auch im Bau der Knochen ein Unterschied histologisch erkennbar ist („pseudorachitische Osteoporose“ Stoelzners). — Ferner fand S. den Kalkgehalt der Milch von Müttern rachitischer Säuglinge geringer als normal (0,0237% gegen 0,036 bis 0,047), weshalb der Kalkbedarf des Körpers nicht gedeckt werden kann. Bei künstlicher Ernährung wird die Kalkzufuhr eine noch geringere, da die Kuhmilch 2½ mal schlechter ausgenützt wird als die Frauenmilch. Die Folgen sind pathologische Veränderungen in den Knochen. Wahrscheinlich spielt bei den Dyspepsien der Rachitiker auch eine ungenügende Resorption des Kalkes aus dem Darm eine Rolle. S. glaubt sich berechtigt als Abart der echten Rachitis das Krankheitsbild einer „Pseudorachitis infolge Kalkhunger“ aufstellen zu dürfen. **Ewald**-Hamburg.

5) **J. A. Schabad** (Petersburg). Der Kalk in der Pathologie der Rachitis.

Berlin. klin. Woch. 1909. Nr. 20.

Infolge seiner Untersuchungen bezüglich des Kalkstoffwechsels bei Rachitis in 22 Fällen kommt S. zu dem Schlusse, dass während der Entwicklung der Krankheit eine Ausscheidung von Kalk aus dem Organismus stattfindet und zwar in den Darm hinein, während sie durch den Harn nicht gesteigert ist. Ebenso übersteigt die Gesamtsumme des durch Harn und Kot ausgeschiedenen Phosphors im progredienten Stadium der Rachitis die Ausscheidung im gesunden Zustande bedeutend, wobei jedoch gleichzeitig Hypophosphaturie besteht. Während der Rekonvaleszenz ist die gesamte Phosphorausscheidung geringer als normal. Kalk- und Phosphorauscheidung stehen im Abhängigkeitsverhältnis zu einander.

Ewald-Hamburg.



6) **Albert E. Vipond.** Observations upon the colored children of Jamaica, with especial reference to rickets and to mongolian spots.

Arch. of Pediatrics. 1908. Juli. ref. in americ. jour. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Obgleich die Jamaicakinder von frühester Kindheit an mit Kohlehydraten gefüttert werden, ist die Rachitis nur sehr selten, und dann niemals besonders schwer anzutreffen. Dies ist bemerkenswert, da die hygienischen Verhältnisse keineswegs gute sind.

Ewald-Hamburg.

7) **Manwaring-White** (Northwich). Two cases of osteitis deformans, (Pagets diseases).

British medical. Journal. Nr. 2531.

W. beschreibt das Auftreten dieser Krankheit bei 2 Brüdern. Beginn vor 15 Jahren mit Schmerzen und Schwellungen der Oberschenkel und Verbiegung nach aussen. Arme ausser rechter Ulna des einen waren normal. Bei beiden ist ein rheumatisches Fieber (?), das vorausging, zu konstatieren, das vielleicht ätiologisch in Betracht kommt.

Mosenthal-Berlin.

8) **Werndorff** (Wien). Zur Frage der multiplen Sarkomatose des jugendlichen Knochens und der Ostitis fibrosa-Recklinghausen.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII. Heft 1—3. S. 122.

Nach dem Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung des von ihm beobachteten Falles kommt W. zu dem Schlusse, dass sich die multiple Sarkomatose im unveränderten jugendlichen Knochen entwickelt habe. Eine Ostitis fibrosa lag nicht vor. Klinisch traten die Erscheinungen der Fragilität der Knochen in den Vordergrund, eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose liess sich bereits durch die Röntgenuntersuchung, die cystische Veränderungen der Knochen ergab, stellen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

9) **W. Hagen** (Nürnberg). „Die Belastungsverhältnisse am normalen und am pathologisch deformierten Skelett der unteren Extremität."

Bruns Beiträge zur klinisch. Chirurg. 63. Bd. 3. H. p. 761.

Verf. ist bei der Nachprüfung der Wolffschen Lehre von der Knochenarchitektonik zu wesentlich abweichenden Resultaten gekommen. Abweichend von der Wolffschen Kranentheorie der

Knochenarchitektonik, kam Verf. bei dem Studium der statischen Probleme der unteren Extremität zu dem Ergebnis, dass dieselbe als ein auf Knickung, Biegung und Torsion beanspruchter Stab aufzufassen ist. Innere und äussere Form sind diesen Verhältnissen angepasst.

An Femur und Tibia sind 2 Maxima an den beiden Enden der Knochen zu konstatieren, an diesen Stellen überwiegt die Zugbeanspruchung die Druckbeanspruchung. Die Hypertrophie der Druckzone ist daher nicht die Folge primärer höherer Beanspruchung, sondern nur kompensatorischer Ausgleich. **Balsch**-Heidelberg.

10) **Mc. Mullan** (Wallingford). A case of Derium diseases.

British. medical Journal. 1909. Nr. 2539.

Die von Derium 1892 zum erstenmal beobachtete Krankheit ist eine Adipositas dolorosa, die nicht mit Elephantiasis zu verwechseln ist. Es treten symmetrisch an einzelnen Stellen des Körpers Depots von Fett auf, gleichzeitig allgemeine Körperschwäche, rauhe, trokene Haut, Blutungen an Schleimhäuten und dumpfe Schmerzen in den Extremitäten, hyperästhetische Zonen. Verf. beschreibt eine 61 jährige Frau mit enormen Fettpolstern über beiden Schultern und am manubrium sterni, die seit 5 Jahren allmählich wuchsen, und den oben beschriebenen Symptomen. Unter Thyreoidinbehandlung wurde der Zustand bedeutend gebessert.

Mosenthal-Berlin.

11) **R. W. Lovett** und **W. P. Lucas.** Infantile paralysis.

Journ. of the americ. med. assoc. 1908. Nov. ref. in Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Bericht über 635 Fälle, die nach allen Richtungen hin besprochen werden. Wichtig ist die Bemerkung, dass oft mehr Muskeln gelähmt erscheinen als wirklich betroffen sind, und dass überdehnte Muskeln wieder funktionstüchtig werden, wenn sie in normalen Kontraktionszustand gesetzt sind. Ferner, dass die Sehnentransplantation aus dem Grunde oft unwirksam erscheint, weil der Nachbehandlung nicht genügend Sorgfalt zugewandt ist.

Ewald-Hamburg.

12) **La Salle Archambault** (Albany). Acute anterior poliomyelitis in the adult.

New-York medic. journ. 1908. Aug. ref. in Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Seltener Fall von Ausbrechen der Kinderlähmung bei einem 40 jährigen Mann. Gelähmt wurden im akuten fieberhaften Anfall



der linke Arm, das rechte Bein, sowie Nacken- und Rückenmuskulatur. In letzteren ging die Lähmung zurück. Polyneuritis war auszuschliessen. **Ewald**-Hamburg.

13) **Dunke.** Ueber den Mendel-Bechterewschen Fussrückenreflex.

Diss. Leipzig 1909.

Verfasser fand die bisherigen Resultate über den Fussrückenreflex durch seine eigenen Untersuchungen bestätigt. Er stellt für seine Beobachtung folgendes zusammen:

1. Bei jedem Gesunden und funktionell Nervenkranken tritt als idiomuskulärer Reflex auf Beklopfen der Muskelbäuche des m. extensor digitorum brevis eine Dorsalflexion der 2. bis 4. Zehe ein.

2. Es kommt auch beim Gesunden vor, dass beim Beklopfen der Intermetatarsalräume eine leichte Plantarflexion, in der Hauptsache aber nur Ab- und Adduktion der betreffenden Zehen erfolgt. Dies ist nicht als ein pathologisches Zeichen anzusehen.

3. Ist diese Plantarflexion nur auf einer Seite vorhanden, so ist man zu der Annahme einer Pyramidenbahnaffektion berechtigt, falls die andere Seite ganz normales Verhalten zeigt.

4. Der plantare Fussrückenreflex kommt mit und auch ohne den Babinskyschen Reflex vor und deutet in jedem Falle auf eine organische spastische Erkrankung der unteren Extremität hin.

5. Bei spinalen Kinderlähmungen ist weder eine Dorsal- noch eine Plantarflexion zu beobachten.

6. Bei Tabeskranken bestehen dieselben Verhältnisse inbezug auf den Fussrückenreflex wie bei Nervengesunden.

Blencke-Magdeburg.

14) **Frischmuth.** Über Fettembolie.

Diss. Königsberg. 1909.

Der Arbeit sind drei Fälle von Fettembolie zu Grunde gelegt, die in der Königsberger chirurg. Klinik zur Beobachtung kamen. In dem ersten Fall handelte es sich um ein 25jähriges Mädchen mit doppelseitiger Kniegelenkskontraktur, die in Narkose gestreckt wurde. Das Mädchen erwachte nicht wieder und die Sektion ergab eine ausgedehnte Fettembolie in Lungen, Herz und Nieren. In dem zweiten Fall handelte es sich um ein 18jähriges Mädchen mit pathologischer Luxation der linken Hüfte nach alter Pfannenosteomyelitis. Es wurde die blutige Operation vorgenommen und 88 Stunden nach dieser erfolgte der Exitus an Fettembolie beider



Lungen, wie durch die Sektion festgestellt wurde. Der dritte Fall betraf ein 3 Monate altes Mädchen mit Klumphänden und Klumpfüssen. Letztere liessen sich leicht redressieren und trotzdem starb das Kind am anderen Tage. Die Sektion wurde zwar verweigert, aber trotzdem wurde mit grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Fettembolie gestellt. — F. berichtet dann noch kurz über seine Versuche, die er den Ribbert'schen nachgemacht hat und die voll und ganz mit jenen übereinstimmten in Bezug auf ihre Resultate.

Blencke-Magdeburg.

15) **Volkmar.** Die heutzutage gebräuchlichsten Methoden der Behandlung unkomplizierter Frakturen.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1909. Nr. 10.

V. geht die heutzutage gebräuchlichsten Methoden bei der Behandlung unkomplizierter Frakturen einzeln in grossen Zügen durch und stellt am Schluss der Arbeit folgende Sätze auf:

1. Das Bardenheuer'sche Verfahren ist das idealste und bei allen Frakturen anzustreben.
2. Der Gipsverband ist nur als ein mangelhafter Ersatz dieses Verfahrens anzusehen.
3. Die sofortige Massage der Fraktur nach Championnière empfiehlt sich bei gut stehenden eingekeilten Frakturen.
4. Die primäre blutige Naht kann nur für ganz wenige Frakturen in Betracht kommen; diese sind Patellar-, Olekranonbrüche und manchmal Abbrüche des Cond. ext. humeri.
5. Die Technik des Extensionsverbandes ist genau so in den Universitätskursen zu üben, wie der Gipsverband.

Blencke-Magdeburg.

16) **Peyerl.** Über den Einfluss der Heissluftbehandlung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und langedauernder Ruhigstellung.

Diss. Heidelberg 1909.

An der Hand von 10 selbst beobachteten Fällen von Gelenksteifigkeiten aus der Heidelberger chirurgischen Klinik schildert Verf. den Einfluss der Heissluft auf derartige Zustände und geht, um die eklatante Wirkung der aktiven Hyperämie auf diese erklären zu können, etwas ausführlicher auf die Veränderungen ein, welche in den Gelenken nach längerer Ruhigstellung mit oder ohne vorausgegangenen Traumen einzutreten pflegen. Er ist der Ansicht, dass infolge der gewebslösenden und gewebseinschmelzenden Wirkung



der Hyperämie, verbunden mit einer sehr intensiven Resorption der gelösten Teile, in den versteiften Gelenken mit Verwachsungen, Auflagerung von Fibrin, Knorpelwucherungen, mit Exsudat und Pseudomembranen eine Auswaschung stattfindet, wodurch die Beweglichkeit in erheblichem Masse begünstigt und hierdurch wohl auch die Schmerzempfindung zum Teil herabgesetzt wird. Auch ein gewisser Einfluss der Hyperämie auf die Regeneration und Ernährung der geschädigten Gewebe muss angenommen werden. — Bei sehr hartnäckigen Fällen von Gelenkversteifungen sah P. sehr gute Erfolge von der mit Stauung kombinierten Heissluftbehandlung.

Blencke-Magdeburg.

17) **Jones** (Liverpool). Surgical treatment of the rheumatoid group of joint affections.

British medical journal. 1909. Nr. 2531.

Nach Goldthwait teilt Verf. die Arthritiden in folgende Gruppen ein und bespricht deren operative Behandlung.

Villöse Arthritis,
hyperthrophische Arthritis,
atrophische Arthritis,
septische Arthritis,
chronische Gicht.

Die villöse Arthritis des Knies, oft mit Plattfuss vereint auftretend, auch unter dem Namen chronic. rheumatic Knee, oder recurrent traumatic arthritis macht oft eine Operation notwendig, die nach innerem Längsschnitt in Excision der oedematos geschwellten und entzündlich veränderten Teile bestehen soll. Die atrophic Arthritis, die sog. rheumatische Arthritis, oder primär chronische destruierende Arthritis führt selten zur Operation. Bei eventueller Operation des Handgelenks soll man darauf sehen, das Gelenk nicht in Flexion heilen zu lassen.

Hypertrophic arthritis (arthritis deformans): Fälle, bei denen Schmerzen erst bei extremen Bewegungen auftreten, sollen mit Apparaten behandelt werden, die nur bis an die Schmerzgrenzen gehende Ausschläge gestatten. Nur in schweren Fällen von Arth. def. rät J. zur Operation. Das malum coxae senile wird am zweckmässigsten in eine Schiene gelagert, die der Flexionskontraktur vorbeugt. Die Resektion des Schenkelkopfes befreit die Patienten oft von Schmerzen. Um die bei dieser Pseudarthrosenoperation notwendige Desartikulation zu vermeiden, reseciert er ein dreieckiges Stück zwischen Kopf und Trochanter, der temporär reseciert wird,

und Femurschaft. Der Trochanter mit den Muskelansätzen wird nachher an den Kopf geschraubt, das Bein in Abduktion fixiert.

Er bezweckt hiermit ein bewegliches Gelenk ohne Entfernung des Kopfes. Um die wegen grosser Schmerzen notwendige Ankylose des Hüftgelenks zu machen, empfiehlt er die von Alby-New-York angegebene Methode. Incision am inneren Sartoriusrand, dieser wird nach aussen, die tieferen Muskeln nach innen gezogen, dann wird mit einem breiten Meissel die obere Hemisphäre des Femurkopfes, ohne Desartikulation abgeschlagen, das Acetabulum in ein flaches Dach durch entsprechende parallele Abmeisselung verwandelt, die Schnittflächen adaptiert und das Bein in Abduktion fixiert, wenn nötig Tenotomie der Adduktoren.

Ist bei septischer Arthritis der Knochen zerstört, so sollen keine Anstrengungen gemacht werden, die bestehende Ankylose zu lösen. Konservativ soll nur soweit bewegt werden, wie man ohne Narkose kommt. Bei extrakapsulären Verwachsungen kann man schroffer vorgehen. Bei intrakapsulären Versteifungen ist die grösste Vorsicht geboten. Bei festen Ankylosen des gebeugten Kniegelenks exzidiert er einen Keil aus dem Gelenk, der nicht ganz bis an die Dorsalfläche geht. Das letzte Stück wird zur Schonung der Gefässe gebrochen.

Bei doppelseitiger Hüftgelenksankylose macht er einerseits Osteotomie mit starker Abduktion, andererseits Pseudarthrose. Zum Schluss werden die zahlreichen Methoden der Pseudarthrosenoperation von Barton und Gluck angefangen, die an der Osteotomiestelle ein Gelenk zu machen versuchten, bis zum Ersatz durch ein neues Gelenk nach Lexer besprochen. **Mosenthal**-Berlin.

18) **Wreden** (Petersburg). Konservative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Einspritzungen von Kampher-Naphthol.

Zeitschrift. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXI. Heft 4. S. 493.

W. redet sehr der konservativen Behandlung der Tuberkulose der Knochen und Gelenke durch Einspritzung von Kampher-Naphthol das Wort. Es wird dies Verfahren viel von den französischen Chirurgen, insbesondere von Calot angewandt. Am geeignetsten sind die geschlossenen Tuberkulosen, die nicht durch Fistelbildung sekundär infiziert sind. Embolien werden durch Emulgierung des Kampher-Naphthols in Glyzerin vermieden. Zwei Teile Kampher und 1 Teil β Naphthol bilden die Stammlösung, die unmittelbar vor dem Gebrauch mit 2—6 Teilen sterilisierten



Glyzerins vermischt wird. In leichteren Fällen darf man nicht mehr als 2 Injektionen wöchentlich machen, bei der Anwesenheit reichlicher fungöser Massen ist zunächst tägliche Injektion nötig. Voraus geht immer eine Aspiration des Eiters, möglichst durch gesunde Hautbedeckung hindurch. Durchaus zu vermeiden ist die Bildung einer Fistel. Hat man mit bereits nach aussen durchgebrochenen Tuberkulosen zu tun, so muss man versuchen, durch Jodoforminjektionen in die Fisteln die sekundäre Infektion zu bekämpfen. Die Wirkung des Kampher-Naphthol besteht in einer Einschmelzung des tuberkulösen Gewebes und starker entzündlicher Reaktion in der Umgebung. Die guten Erfolge, die Verf. ebenso wie die französischen Chirurgen berichtet, ermuntern zu einer Anwendung des Verfahrens auch von anderer Seite.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

19) **Stewart L. Mc. Curdy** (Pittsburgh). Plastic operations to elongate cicatricial contractions across joints.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Bei langen Hautnarben, die über Gelenke wegreichen und Kontrakturen verursachen, empfiehlt M. C. einen Schnitt in der Längsrichtung und auf der Höhe des narbigen Strangs sowie an beiden Enden des Schnitts Seitenschnitte, sodass die Wunde im Ganzen Z förmig aussieht. Bei Korrektion der Kontraktur erreicht man dann eine beträchtliche Längenausdehnung der Narbe. An drei Fällen (2 Brandnarben der Schulter und Achselhöhle, eine Syndaktylie nach Verbrennung) wird der Erfolg der Methode demonstriert.

Ewald-Hamburg.

20) **Gorzawsky.** Ueber Aethernarkose per Rectum.

Diss. Breslau 1909.

Der erste Teil der Arbeit ist der Geschichte der Aethernarkose per Rektum eingeräumt, während im zweiten Teil G. über seine Versuche berichtet, die er mit rektaler Aethernarkose an Tieren gemacht hat. Er hat gefunden, dass den Vorzügen, die diese Methode bietet, auch recht wesentliche Nachteile entgegenstehen, die wohl die Veranlassung gewesen sind, dass diese Methode, obwohl sie fast so alt ist wie die Narkose überhaupt, trotz der vielfachen Versuche, sie einzuführen, sich nicht hat einbürgern können.

Blencke-Magdeburg.



21) **J. Warren Sever** (Boston, Mass.) Acetone: its occurrence in orthopedic and surgical cases.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

In 750 orthopädischen und chirurgischen Fällen stellte S. das Vorhandensein, namentlich aber das Auftreten von Aceton im Urin nach einer Operation fest. Und zwar war die Höhe einige Stunden nach dem Eingriff meist am stärksten und fiel in ca. 3 Tagen zur Norm ab.

Ewald-Hamburg.

22) **Bade** (Hannover). Der orthopädische Operationstisch im hannoverschen Krüppelheim Annastift.

Zeitschr. für orthopädische Chir. Bd. 22. H. 1—3 S. 233.

B. beschreibt den im Krüppelheim Annastift gebrauchten Operationstisch, der eine universelle Brauchbarkeit für alle orthopädischen blutigen und vor allem unblutigen Operationen besitzt. Genaueres muss im Original an Hand der Abbildungen nachgesehen werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

23) **Lionel Stretton.** The sterilization of the skin of operation areas.

British medical Journal. 1909. Nr. 2537.

Auch in England beginnt diese einfache Sterilisation der Haut auf dem Operationsgebiet Fuss zu fassen. Verf. hat nach Gropich's Methode die Haut ohne irgend welches vorausgegangenes Waschen und Rasieren in 57 Fällen, (darunter viele Laparatomien), zweimal mit Jod überstrichen, ohne jemals irgend eine Infektion gehabt zu haben. Gerühmt wird neben Anderem das tadellose Steril-Bleiben der Stichkanäle. Er empfiehlt eine Jodlösung 1 : 3 Teilen Spiritus, der aus gleichen Teilen Spiritus vini menth. und destill. Wasser besteht.

Mosenthal-Berlin.

24) **Wentscher.** Über die mechanische Behandlung von Asthma bronchiale und Emphysem.

Diss. Leipzig 1909.

W. berichtet über seine Erfolge, die er mit dem Boyhennschen Atmungsstuhl, den er unzweifelhaft für das Vollkommenste auf diesem Gebiet hält, gemacht hat, und der es ermöglicht, eine rhytmische Kompression des Thorax vorzunehmen, ohne dass dabei dem Patienten eine nennenswerte Anstrengung zugemutet wird. Unter den subjektiven Erscheinungen verringert sich die Dyspnoe, die Exspiration wird erleichtert und die Anfälle werden vermindert.



Objektiv zeigt sich eine Abnahme der Respirationsfrequenz, ein Nachlassen der katarrhalischen Erscheinungen, eine Abnahme bezw. ein völliges Verschwinden der vorher vorhandenen Cyanose, eine Zunahme der Thoraxexkursion und eine Vergrösserung der Vitalcapazität der Lungen. Bei Fällen, bei denen fast nur die katarrhalischen Erscheinungen die Störungen bedingten, und bei denen die Thoraxexkursion sonst normal und die Störung nicht durch den fehlerhaften Atmungstypus verursacht war, blieb die Behandlung mit dem Atmungsstuhl ohne jeden Erfolg.

Blencke-Magdeburg.

25) **v. Saar** (Graz). Der radiographische Nachweis von Glassplittern.

Bruns Beiträge zur klinisch. Chirurg. 63. Bd. 3. H. p. 798.

Verf. wendet sich gegen die ziemlich allgemein verbreitete Lehre, dass Glas röntgenographisch im allgemeinen nicht nachweisbar sei. Er hat 41 Glassorten untersucht und Versuche mit dem radiographischen Nachweis derselben auf und in der Hand gemacht. Das Ergebnis derselben, das auch auf 2 Tafeln mit den Röntgenbildern wiedergegeben ist, ist: Die weitaus grösste Mehrzahl der praktisch wichtigen Glassorten ist auch als kleine Splitter im Bereich von Hand und Fingern (ebenso Fuss) röntgenographisch nachweisbar. Die Dichte des Glasschattens steigt mit dem Atomgewicht der Sorte.

Balsch-Heidelberg.

26) **Arthur Keith.** Congenital malformations of palate, face and neck.

British medical Journal. 1909. Aug. Nr. 2536. 37. 38.

An der Hand von 87 Präparaten, die aus den medizinischen Museen Londons stammen, berichtet Verfasser über die Erfolge seiner Studien an angeborenen Deformitäten des Gaumens, Gesichts und Halses, darunter waren die Gaumenspalten besonders zahlreich, 28 dreiteilige, 17 zweigeteilte, 14 bis zur Uvula gehende, 3 Spalten des weichen Gaumens, 5 Uvulaspalten und zahlreiche Präparate anderer Entwicklungshemmungen der Nase, Augen, Ohren etc. Er bespricht zunächst in ausführlicher Weise die embryonalen Entwicklungsstufen und die anderen inbetracht kommenden Faktoren und zeigt an zahlreichen Abbildungen die typischen Formen der einzelnen Deformitäten und drei Fälle in vivo. Die sehr ausführliche Zusammenstellung ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet und im Original nachzulesen.

Mosenthal-Berlin.

27) **Heilpom** (Antwerpen). Côte cervicale bilatérale.

Journal de Radiologie 9. Mai 09.

In dem von H. beobachteten Fall war die rechtsseitige Halsrippe nur 3 cm. lang und mit der ersten Rippe fest verbunden. Die linksseitige Halsrippe reichte bis zum Sternum und bestand aus 2 gelenkig verbundenen Teilen. **Kaisin**-Loslever.

28) **J. Fränkel.** Ueber Mobilisierung des Brustkorbes.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 28.

Die Thoraxgymnastik ist bisher deswegen von so geringem Nutzen gewesen, weil nicht Gewicht auf eine gehörige Lordosierung der Brustwirbelsäule gelegt wurde, die Vorbedingung für die Mobilisierung ist. Vielleicht das beste Mittel zur Erzeugung einer partiellen Lordose der Brustwirbelsäule ist das Klappsche Kriechverfahren, von Fränkel modifiziert, (Kriechen nach Art eines Tigers) wodurch eine bedeutende Ausdehnungsfähigkeit des Thorax erzielt wird, wie F. an Röntgenbildern gezeigt hat. Dadurch können nicht nur Skoliosen gebessert werden, sondern auch Herz- und Lungenerkrankungen: (Prophylaxe von Kreislaufsstörungen und Lungenspitzentuberkulose). **Ewald**-Hamburg.

29) **P. W. Nathan** (New York). The etiology of lateral curvature.

Amer. journ. of orthop. surgery. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Gewöhnlich wird die Skoliose auf eine Belastung unter abnormen mechanischen Bedingungen zurückgeführt, verursacht durch falsche Haltung (habituelle Sk.) oder durch Asymmetrie des Schulter- oder Beckengürtels. (statische Sk.)

Die eigentliche Ursache wird aber durch derartige Untersuchungen mechanisch-mathematischer Art nicht klar gestellt. Denn unter den gleichen abnormen mechanischen Bedingungen entstehen nicht immer die gleichen Skoliosen, ja oft kommen überhaupt keine zustande. Ferner kann, wie Lovett nachgewiesen hat, die Entstehung der habituellen Formen der Skoliose nicht durch schlechte Haltung bedingt sein, wie man sie auch nicht durch Leichenexperimente darstellen kann. Ausserdem werden funktionelle Skoliosen (z. B. infolge Beinverkürzung) niemals zu fixierten. Also können mechanische Momente erst in zweiter Linie inbetracht kommen; wofür übrigens auch das Vorkommen von Skoliosen bei Vierfüssern spricht. — Seine Untersuchungen haben N. zu der Annahme geführt, dass die Ursache in einer krankhaften Veränder-



ung (Rachitis, Osteomalacie) der Wirbelsäule selbst liegen muss: die Struktur der Wirbelkörper hat sich geändert und bringt Krümmungen zustande, die ganz unabhängig von jeglicher Belastung sind, ob diese nun wirkt oder nicht. Ist der krankhafte Prozess abgeschlossen, so bleibt die Deformität bestehen, nimmt nicht zu, bessert sich aber auch nicht etwa durch Besserung der mechanischen Bedingungen. Die Lokalisation hängt von dem Sitz, der Schwere und der Ausdehnung und Intensität der Erkrankung ab.

Meist kommt die Skoliose in der Pubertät zustande: von 500 Fällen des New-Yorker Krüppelheims hatten 382 im Alter 12—18 Jahren ihre Skoliose bekommen, von 236 Privatpatienten 202.

Neben der Wirbelsäulenerkrankung finden sich bei diesen Kindern noch Symptome, die auf eine Allgemeinerkrankung hindeuten: Nervosität, Anämie, Magerkeit oder Fettsucht. Ein Zusammenhang aller dieser Störungen mit dem Beginn der Menstruation ist zu vermuten: denn mit vollendeter Entwicklung des Gesamtkörpers kommt auch die Skoliose zum Stillstand und kommt nach dem 20. Jahre überhaupt nicht mehr zur Entwickelung. Das geringere Vorkommen bei Knaben kommt daher, dass der anatomische und physiologische Wechsel ein viel weniger eingreifender ist als beim weiblichen Geschlecht. — Die Schule hat nicht wegen der schlechten Haltung Einfluss, sondern wegen der allgemeinen Körperschädigung. — Die Behandlung liegt in der Prophylaxe: schlecht genährte Kinder sollten die Schule nicht besuchen (?), ob sie eine Rückgratsverkrümmung haben oder nicht. Anstatt des Namens „habituelle Sk.“ schlägt N. „pubescent lateral curvature“ vor.

Ewald-Hamburg.

30) **R. W. Lovett.** Behandlung der Skoliose.

Amer. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Vor ca. 20 Jahren herrschte die Meinung, dass Skoliosen mit knöcherner Deformierung der Skelettteile nicht gebessert werden könnten. Heute kann man sagen, dass die Skoliose zwar eins der am schwierigsten zu behandelnden Leiden ist, dass aber leichte Fälle von Knochendeformitäten bei jungen Kindern praktisch geheilt werden können. Ferner kann die mässige Skoliose sehr und die schwere bis zu einem gewissen Grade gebessert werden. Die verschiedenen Verfahren — Gipsverband (Wullstein, Schanz), Apparatotherapie (Schulthess), Ueberkorrektion durch aktive und passive Uebungen (Lange), Kriechkur (Klapp) — werden kurz erwähnt. Für die amerikanischen Orthopäden wird die Gipsverband-



methode wegen der Eigentümlichkeit des „praktischen" Amerikaners überhaupt mehr in Frage kommen. **Ewald**-Hamburg.

31) **Henry O. Feiss** (Cleveland O.). Suggestions for the treatment of lateral curvature by braces.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Da die Skoliosen mit wirklichen Knochendeformitäten durch die bisher angewandten Methoden nicht zur Heilung gelangen, muss man neue Wege suchen. Und zwar darf man weniger die eigentlichen Ursachen im Auge haben, weil dies abgeschlossene Zustände sind (Paralyse, Rachitis), sondern man muss die verschiedenen mechanischen Momente, die die Deformität herbeigeführt haben, für sich betrachten.

Durch frühere Untersuchungen (so Zentralbl. 1908) fand F., dass die peripheren Skeletteile (Rippen) zunächst durch den asymmetrischen Zug (und Gegenzug) in ihrer Lage verändert und deformiert werden, darauf auch die Wirbel. Damit ändern sich die Gleichgewichtsverhältnisse, weshalb die Wirbel aus der Mittellinie herausgezogen werden; wobei es übrigens gleichgültig für den Endeffekt ist, ob eine seitwärtsliegende oder drehende Kraft wirksam ist. — In einer gewissen Seitwärtsbeugestellung gleicht fast jeder skoliotische Rücken einem normalen in derselben Haltung. Wollen wir Skoliosen behandeln, so müssen wir zunächst die deformierenden Kräfte berücksichtigen und dem Körper eine solche Haltung geben, dass seine Bewegungen möglichst in korrigierendem Sinne wirken. Um die deformierenden Kräfte auszuschalten und neue und entgegengesetzte zu fördern, wendet F. einen Schienenapparat an, der aus einem gepolsterten Beckenstahlgürtel besteht, der auf einer Seite zwei seitlich fast bis zur Achselhöhle gehende senkrechte Stäbe trägt, die oben miteinander verbunden sind. Nachdem dieser Apparat angelegt ist, kommt um den Körper an der Stelle der grössten Verkrümmung ein breiter Stoffgürtel, der den Körper gegen die senkrechten Stäbe gepresst hält. Der Apparat soll den Körper veranlassen, die der Deformität entgegengesetzte Biegung einzugehen. —

In 20 Fällen hat F., vor 2 Jahren etwa beginnend, seinen Apparat angewandt, davon müssen für statistische Betrachtungen aus verschiedenen Gründen 8 ausscheiden, 1 zeigte nach einem Jahr noch keine Besserung, fünf stehen noch in Behandlung, die übrigen 6 zeigen Besserung, allerdings nie wirkliche Heilung einer Knochendeformität. **Ewald**-Hamburg.



32) **W. S. Elmer** (Pensylvania). The restoration of extreme scoliosis to perfect symmetry, with report of a case.
Archives of pediatrics 1909. Nr. 2.

Ein zehnjähriges Mädchen, das vor kurzer Zeit 13 Wochen lang an Typhus krank darniedergelegen, wies eine der schwersten Skoliosen auf, die Verf. je gesehen hat (Leiter der orth. Klinik der Universität!) Es handelte sich um eine linkskonvexe Totalskoliose. Durch Kombination von Gipsverbänden mit gymnastischen Uebungen wurde eine völlige Wiederherstellung normaler Verhältnisse erzielt.

Für wichtig hält E. die Anlegung des Gipsverbandes in horizontaler Lage mit starker Extension an Kopf und Füssen, wobei sich die Wirbelsäule beträchtlich streckt (die Rotationsdeformitäten waren in diesem Falle nicht stark!) Ueber den Körper kommt nur ein Trikot, die Schultern werden nicht mit eingeschlossen. — Die Grösse des Patienten nimmt durch diesen Verband um vieles zu. Innerhalb 2—3 Monate werden alle 14 Tage neue Gipsverbände in mehr korrigierter Stellung angefertigt, schliesslich wird über dem Modell des letzten Gipsverbandes ein Lederkorsett gearbeitet. Von vornherein wird Gymnastik getrieben.

In zwei Monaten (!) waren in einem zweiten Fall, Tripelskoliose bei einem 12 jährigen Mädchen, ziemlich starker Rippenbuckel und Lumbalwulst, die Krümmungen beseitigt, die Beweglichkeit wiederhergestellt, die Rotation verschwunden (??) und die Wirbelsäule gerade. Nach etwa ein Jahr lang fortgesetzten Uebungen und teilweiser Fixation mit Lederkorsett war das Mädchen völlig geheilt. Die Behandlung des ersten Falls wird genau beschrieben. Der Gipsverband wurde tgl. entfernt, nach Uebungen — zunächst nur in horizontaler Lage, zwei Monate später auch in aufrechter Stellung — und Massage (im ganzen $^3/_4$ Stunden) wieder angelegt. Nach 7 Monaten wurde der letzte Gipsverband weggelassen. Es trat wieder eine geringe Verschlimmerung der Verkrümmung ein, die aber nach weiteren dreimonatigen Uebungen fast, nach zwei Monaten völlig beseitigt war und auch bei Nachuntersuchungen nicht wieder gefunden werden konnte, trotzdem ein Korsett nicht getragen wurde. (Aus der Beschreibung und den Bildern scheint hervorzugehen, dass es sich um eine vorübergehende einseitige Atrophie (Parese nach Typhus?) der einen Rückenmuskelhälfte gehandelt hat. Ref.)

Beschreibung der asymmetrischen Uebungen, die in möglichst korrigierter Stellung („Key-note position") vorgenommen werden. — Fast alle Skoliosen, die früh (?) genug in Behandlung kommen,

können geheilt (!!) werden, auch die mit vorgeschrittener Rotation, die allerdings einen starken Aufwand an Zeit, Mühe und Geduld erfordern. **Ewald**-Hamburg.

33) **v. Berenberg-Gossler.** Ueber Wirbelcarcinom.

Diss. Kiel. 1908.

v. Berenberg-Gossler gibt zunächst einen Bericht von 150 Fällen, die sämtlich seziert sind, nachdem sie an malignen Tumoren gestorben waren. Alle Fälle wurden in der Zeit vom 1. XII. 98 bis 21. II. 00 im pathologischen Institut des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf auf Metastasen in der Wirbelsäule untersucht. Bei 20% wurden Metastasen in der Wirbelsäule gefunden. Eine so grosse Verhältniszahl konnte man bisher noch nicht in der gesamten Literatur vorfinden. Besonders häufig fand man bei diesen Fällen Wirbelmetastasen bei Magencarcinom. Verf. stimmt der Ansicht vieler Autoren bei, dass Wirbelkrebse des öfteren ganz symptomlos verlaufen. Er führt 26 Fälle an, bei denen 14 Fälle keinerlei Bemerkungen über objektive und subjektive Symptome enthalten, die Wirbelcarcinom hätten vermuten lassen können. In 5 Fällen konnte man sicher die Diagnose Wirbelcarcinom stellen, 7 Fälle wiesen Beschwerden auf; als Grund dafür konnten die bei der Sektion festgestellten Wirbelveränderungen angesehen werden. Nach der Ansicht des Verf. muss der Arzt bei Krebskranken, die über erst kurze Zeit bestehenden Rheumatismus klagen, die Wirbelsäule scharf beobachten, da es sich meist um Metastasen zu handeln pflegt. **Blencke**-Magdeburg.

34) **Mayer.** Chondrosarkom der Wirbelsäule mit Kompressionsmyelitis.

Diss. München. 1909.

M. gibt in der vorliegenden Arbeit die Krankengeschichte und das Sektionsprotokoll eines Falles von Chondrosarkom der Wirbelsäule, das eine Kompressionsmyelitis verursacht hatte, wieder. **Blencke**-Magdeburg.

35) **Beck.** Ein Fall von traumatischer Hämatomyelie nach Dystokie.

Diss. Erlangen. 1908.

Das aus gesunder Familie stammende Kind hatte drei verschiedene Traumen zu überstehen: Fall der Mutter im 6. Monat der Schwangerschaft, Extraktion am Steiss und forzierte Schultzesche



Schwingungen bei schwerer Asphyxie. Am 3. Tage nach der Geburt bemerkte man eine schlaffe Lähmung der Muskulatur der unteren Extremitäten sowie eine spastische Paraparese der oberen Extremitäten, sodann im weiteren Verlauf nach anfänglicher Retentio urinae eine vollkommene Incontinentia urinae, sowie dauernde Obstipation. Der Spannungszustand in der Muskulatur der oberen Extremitäten schwand fast vollkommen, während alle anderen krankhaften Erscheinungen bis zum Exitus bestehen blieben. Klinisch wurde bei Lebzeiten die Diagnose auf traumatische Hämatomyelie mit Zerstörung des Markes vom unteren Brustmark bezw. oberen Lendenmark abwärts gestellt, eine Diagnose, die auch durch die Sektion bestätigt wurde. Aus den makroskopischen Befunden zu schliessen ist wohl die bei der Sektion festgestellte Läsion von Knochen und Rückenmark dadurch zustande gekommen, dass intra partum, vielleicht während des Lösens der Arme, eine kräftige Hebelbewegung des kindlichen Rumpfes gegen die Symphyse der Mutter ausgeführt wurde und so die beiden ersten Lumbalwirbelkörper als Unterstützungspunkt des einen Hebel darstellenden kindlichen Körpers rechtsseitig gestaucht und zusammengeknickt wurden. Hierbei wurde die Gewebeverbindung zwischen dem 12. Brust- und 1. Lendenwirbel getrennt und jener in den Wirbelkanal hineingedrückt, wodurch das 1. und 2. Lumbalsegment namentlich an seiner rechten Hälfte bedeutend lädiert werden musste.

Blencke-Magdeburg.

36) **Göbel.** Zur Prognose der traumatischen Schultergelenksluxation.

Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung 1909. 10.

Nach G's. Erfahrungen ist die Prognose der Schultergelenksluxationen ungünstiger als die anderer Luxationen sowohl infolge der anatomischen Verhältnisse des Schultergelenks wie auch infolge der vielen Begleiterscheinungen dieser Luxationsart. Eine der wichtigsten dieser ist die Läsion der Muskelsubstanz und Muskelansätze, die zu degenerativen Vorgängen, zum dauernden Verlust an kontraktiler Substanz und im Verein mit der langdauernden Inaktivität zu mehr oder weniger ausgeprägten Atrophieen führt, von denen sich der Muskel — am häufigsten wird der Deltoides betroffen — nur selten ganz wieder erholt. Die in diesem Zusammenhang oft diagnostizierte Lähmung des N. axillaris ist nach Gs. Ansicht selten; jedenfalls ist die Axillarisparese nur vorübergehender Natur. Des Weiteren beschäftigt sich G. dann mit den



gröberen Gefäss- und Nervenverletzungen, vor allen Dingen aber in ausführlicher Weise mit den Skelettveränderungen, durch die der feine Mechanismus des Gelenkes derartig gestört werden kann, dass nur in seltenen Ausnahmefällen auf eine völlige Bewegungsfreiheit des Armes gerechnet werden darf. — In den letzten drei Jahren wurden im Kölner Bürgerhospital 43 Schulterluxationen stationär behandelt, unter denen sich 20 befanden mit röntgenographisch nachgewiesener Fraktur des Tuberculum majus. 24 von diesen konnte G. nachuntersuchen. Bei keinem einzigen war eine völlige Wiederherstellung festzustellen; keiner war ganz frei von Beschwerden. Bei 2 Fällen fanden sich umfangreiche Ossifikationsprozesse, wie sie wohl noch nicht in der Pathologie des Schultergelenks beschrieben worden sind. Die Krankengeschichten gibt G. wieder, vermag aber nicht anzugeben, warum gerade in diesen beiden Fällen so ausgedehnte Verknöcherungen aufgetreten sind. Möglicherweise ist der Prozess durch die Schwere und die Art der Verletzung und durch das Zusammenwirken von Quetschung und Blutung und besonders reichlichen Periostzerreissungen bedingt. Ob es eine besondere individuelle Veranlagung, eine ossifizierende Diathese gibt, lässt G. dahingestellt.

Blencke-Magdeburg.

37) **E. A. Codman.** Bursitis subacromialis or Periarthritis of the shoulder-joint.

Boston med. and surg. journ. 1908. ref. in Amer. journ. of. orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Die Bursitis subacromialis oder subdeltoidea ist die häufigste Erkrankung von allen Schulteraffektionen. Sie wird häufig mit Kontusion, Neuritis, Rheumatismus, Axillarislähmung verwechselt.

C. unterscheidet 3 Arten, akute, subakute oder adhaerente, chronische oder nichtadhaerente Bursitis. Die Prognose ist im Allgemeinen gut; die subakuten Formen brauchen zur spontanen Wiederherstellung etwa 2 Jahre. Man sollte daher die Bursa operativ freilegen und die Adhaesionen entfernen. Bei den chronischen Fällen ist Massage angezeigt, während die akuten Formen durch Ruhe des möglichst abduzierten Armes am besten zum Verschwinden gebracht werden.

Ewald-Hamburg.

38) **Karl Osterhaus** (Norfolk). Obstetrical paralysis, treated by nerve dissociation.

Neu-York med. journ. 1908. Nov. ref. in Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Ist in einem Fall von Plexuslähmung nach $^1/_2$—1 jähriger Behandlung keine Besserung eingetreten, so soll der Plexus (Wurzel



5 und 6) hinter dem sterno-cleido-mastoideus freigelegt werden. Nach der älteren Methode wird dann die (meist verdickte) Stelle der Verletzung excidiert, worauf die Nervenscheiden wieder vernäht werden. Besser hat sich dem Autor die Dissociation der Nervenfasern bewährt, da einige Nervenfasern immer leitungsfähig geblieben sind: Spaltung der Nervenscheide und Isolierung der einzelnen Fasern mit scharfem Tenotom. In zwei so behandelten Fällen (4 und 16 jähriges Mädchen mit Lähmung der Oberarmmuskulatur) war ein Jahr nach der Operation in der elektrischen Reaktion und Funktion der befallenen Muskeln eine bedeutende Besserung eingetreten. **Ewald**-Hamburg.

39) **Einsler.** Beitrag zur Lehre der doppelseitigen Radialislähmungen auf alkoholischer Basis.
Diss. Kiel 1909.

In dem von E. beobachteten Falle handelte es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um eine Polyneuritis alcoholica paralytica kombiniert mit ataktischen Erscheinungen. Beide Hände hingen in schlaffer Flexionsstellung herab und konnten im Handgelenk aktiv nicht gestreckt werden, wohl aber passiv. Beide Daumen waren eingeschlagen und konnten nur wenig abduziert, garnicht extendiert, wohl aber adduziert werden. Die N. Radiales waren galvanisch und faradisch nicht erregbar. Die Aussicht auf eine vollständige Heilung war äusserst gering, da die Lähmung bereits ein Jahr lang in ziemlich unveränderter Form bestand und trotz aller angewandten Mittel keine Besserung zeigte.

Blencke-Magdeburg.

40) **Bracher.** Ueber Radiusköpfchenfrakturen.
Diss. München 1909.

B. bringt die Krankengeschichten von neun Fällen von Radiusköpfchenfrakturen, die in den letzten fünf Jahren in der Münchener chirurgischen Universitätsklinik zur Beobachtung kamen, und gibt an der Hand dieser Fälle ein sehr anschauliches Bild über den augenblicklichen Stand der Lehre dieser Frakturen unter eingehender Berücksichtigung der diesbezüglichen Litteratur.

Blencke-Magdeburg.

41) **Lucas-Championnière** (Paris). Thérapeutique des fractures de l'extrémité inférieure du radius. (Die Therapie der Fraktur des unteren Radiusendes.)
La médecine des accidents du travail. Bd. VI. Nr. 11. S. 336.

Verf. unterscheidet drei Formen der typischen Radiusfraktur. 1) ohne Dislokation, 2) mit mässiger, 3) mit sehr beträchtlicher

Verschiebung der Bruchenden. In Betracht kommt bei allen Formen der Fraktur nicht nur die Deformation, sondern auch das Gelenktrauma. Verf. ist der Ansicht, dass die Veränderungen im Gelenk und nicht die unkorrigierte Deformität die spätere Behinderung der Funktion bewirken. L.-Ch. rät deshalb davon ab, die Einkeilung zu lösen, vorausgesetzt, dass die Deformität nicht allzu erheblich ist. Die Frakturen ohne Dislokation sollen deshalb nur mit leichten Schienenverbänden, die die Dorsalflexion verhindern, und sofortiger Massage behandelt werden, sowie mit passiven und später aktiven Bewegungen unter Vermeidung derjenigen Exkursionen, die geeignet sind, die typische Deformität hervorzurufen. Der Patient kann die Hand baldigst auch anderweitig gebrauchen, doch soll die Dorsalflexion vermieden werden. Bei mässiger Dislokation ist die Therapie im grossen und ganzen dieselbe. Keine Korrektur der Dislokation, Schienen und sofortige Massage. Nur soll der Patient die Hand nicht vor 14 Tagen gebrauchen. Bei stärkerer Dislokation soll die Fraktur reponiert werden und zwar sobald wie möglich nach dem Unfall. Schienenverband, bei unverständigen Patienten auch Gipsverband müssen die Korrektur erhalten. Der Gipsverband soll 14 Tage liegen bleiben, wird dann aufgeschnitten und bleibt als Schiene noch weitere 8 Tage, während derer bereits die Massagebehandlung eingeleitet wird. Bei Schienenverbänden wird bereits vom 3. Tage an massiert, und es kann nach 3 Wochen dann die Hand gebraucht werden. Als beste Nachbehandlung empfiehlt Verf. die Wiederaufnahme der Arbeit. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

42) **Heilpom** (Antwerpen). Fractures simultanées du pyramidal et de l'extrémité inférieure du cubitus et du radius.

Journal de Radiologie 28. Février 09.

H. zeigt Radiogramme derartiger kombinierter Frakturen des Karpus und der Vorderarmknochen. Er betont, dass man die beste Repositionshaltung im Einzelfall durch Röntgenkontrolle herausfinden müsse, nicht schematisch eine übliche Stellung wählen solle. **Kaisin**-Loslever.

43) **V. Putti** (Bologna). Sur la malformation de Madelung.

Revue d'orth. 1909. Nr. 3.

P. hat schon in einer früheren Arbeit folgende Leitsätze aufstellen können: 1) Die Madelungsche Deformität ist eine professionelle Krankheit derjenigen schwerarbeitenden Leute, die speziell die Hände stark dorsalflektieren müssen. 2) Dadurch wird der Epiphysen-

knorpel des Radius in seiner Entwicklung gestört, dadurch kommt es wiederum zur Inkurvation des Radius. Beschreibung eines Knochenpräparates, das P. im anatomischen Museum von Bologna nebst dem dazugehörigen Gipsabguss des Vorderarms und der Hand fand (bezeichnet als „kongenitale Deformität des Handgelenks"). Der Radiusschaft ist dorsalwärts mehr gekrümmt als normal. Die mediale Hälfte der unteren Epiphyse ist fast ganz verschwunden, sie geht über die Epiphysenlinie hinaus in den Schaft über. Der Rest der Gelenkfläche schaut nach der Hohlhand und der Ulna hin. Eine, wenn auch schmale Gelenkfacette für die Ulna existiert am dorsomedialen Rand der Epiphyse. Das os lunatum hat sich wie ein Keil zwischen die beiden Vorderarmknochenepiphysen eingeschoben. —

Andere Erkrankungen resp. Frakturen des Radius können die Madelungsche Deformität vortäuschen, haben aber eigentlich nichts mit ihr zu tun. — Die Inkurvation des Radiusschaftes hat nach P. keine grosse Bedeutung, doch ist sie mit der Veränderung der Epiphyse das konstanteste und charakteristischste der Deformität. Beide haben ihre Ursachen in dem ungleichen Wachstum der Epiphysenlinie, und dieses kommt nach P. durch die Wirkung von Zug und Druck bei der Arbeit zu stande. Eingehende Erklärung des mechanischen Zustandekommens der Epiphysenverbildung.

Ewald - Hamburg.

44) **Gandier** (Lille). Déformation rachitique symmétrique des deux poignets par radius curvus.

Revue d'orthop. 1909. Nr. 3.

Vierzehnjähriges Mädchen, das gesunde Eltern und Geschwister mit Ausnahme eines Klumpfussbruders hat, zeigte eine angeborene Hüftverrenkung und einen angeborenen Klumpfuss. Seit einem Jahr bemerkt das Mädchen, dass das untere Ulnaende beiderseits nach der Palmarseite des Handgelenks hin vorspringt, sie hat seitdem etwas Schmerzen in den Handgelenken und ist mit den Händen ungeschickter als früher. Die Deformität hat die Tendenz zur Verschlimmerung. Ausser diesen Missbildungen können folgende rachitische Deformitäten konstatiert werden: Skoliose, Beckendeformierung, genua valga recurvata, cubiti valgi, Trichterbrust; Laxität der Gelenke.

Die Vorderarmknochen sind verkürzt, die Hände stehen in ulnarer Abduktion und können nicht völlig palmar- und radial flektiert werden. Das untere Ulnaende ist an der palmaren Seite



des Handgelenks — also nach vorn luxiert! — zu fühlen. Die Ulna ist gerade, der Radius, wie das Röntgenbild zeigt, stark inkurviert, weshalb die Gelenkfläche schräg nach innen gestellt ist. Es handelt sich nach G. klinisch um eine Madelungsche Deformität (? — in G.'s Fall springt das Ulnaende palmarwärts vor, bei Madelung dorsalwärts! Ref.), die sich infolge einer Spätrachitis entwickelt hat und anatomisch durch eine Kurvatur der unteren Radiushälfte gekennzeichnet ist. Auf Kirmissons Trennung des radius curvus von der Madelungschen Deformität (Richtungsänderung der Radiusgelenkfläche [die übrigens auch auf G.'s Röntgenbildern zu erkennen! Ref.] ohne Veränderung der Diaphyse) weist G. hin.

Ewald-Hamburg.

45) **Paul Herwig.** Ein Fall von beiderseitiger Spalthand, verbunden mit Syndaktylie.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 27.

Die Spaltung reicht an beiden Händen fast bis zur Handwurzel. Daumen und Zeigefinger sind syndaktylisch verbunden, ebenso rechts Zeigefinger und Mittelfinger sowie 4. und 5. Finger. Links besteht eine Syndaktylie zwischen Mittel und Ringfinger; der fünfte Finger ist rudimentär.

Ewald-Hamburg.

46) **E. Kirmisson.** Pouces à trois phalanges.

Revue d'orthop. 1909. Nr. 3.

Ein neunjähriger Junge, von gesunden Eltern stammend, hat beiderseits einen dreigliedrigen Daumen, der rechts syndaktylisch mit dem Zeigefinger verbunden war. Die Syndaktylie wurde im ersten Lebensjahr operativ getrennt, ebenso wurde ein überzähliger Finger entfernt, der von der Aussenseite des 2. Metakarpale ausgegangen war und von dem man noch ein kleines Knochenrudiment fühlen und im Röntgenbild sehen kann. Der Daumen ist in allen drei Gelenken hakenförmig nach dem Zeigefinger hingebogen. Das Mittel- und Nagelgelenk sind versteift.

Linkerseits wurde im 2. Lebensjahr ein überzähliger Daumen entfernt. Jetzt sieht man noch im Röntgenbild eine Bifurkation der Grundphalanx. — Opposition und Flexion ist bei den Daumen gut möglich. — Die Grossmutter väterlicherseits hatte beiderseits doppelte Daumen. — Auffallend ist im Röntgenbild ausser den drei gut ausgebildeten Phalangen eine Epiphysenlinie an der Basis und am Kapitulum. Therapie bei der guten Funktion der Hände zu widerraten.

Ewald-Hamburg.



47) **F. Palla** (Innsbruck). Ueber die traumatische Sehnenverdickung.

Bruns' Beiträge zur klinisch. Chirurg. 63. B. 3. H. p. 644.

Unter den traumatischen Sehnenverdickungen spielen die grösste Rolle der „schnellende Finger", — der neben anderen Ursachen häufig traumatischen Ursprunges ist — und die von Schanz als Tendinitis achillea traumatica bezeichnete Verdickung der Achillessehne oberhalb des Fersenhöckers. Verf. bringt fünf Fälle von „schnellendem Finger" aus der Innsbrucker Klinik, die durch Exzision eines ovalen Stückes aus der verdickten Sehne geheilt wurden. Die histologische Untersuchung der exzidierten Sehnenstücke dieser Fälle, und die genaue Verfolgung des Vorganges nach Sehnentraumen im Experiment (Quetschung der Achillessehne) ergaben, dass es sich um zweierlei Prozesse dabei handelte, 1. um progressive, 2. um degenerative. Je nachdem der eine überwiegt, kommt es zum Sehnenknoten, oder zur Erweichungszyste (Ganglion).

Baisch-Heidelberg.

48) **Walter S. Stern** (Cleveland). Drop phalangette.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Zustande kommt die Verletzung durch eine Ruptur oder Ueberstreckung der Extensorensehne, wodurch letztere von der Basis des Nagelglieds abreisst. Die Umstände, unter denen die Sehne abreisst, sind alltäglicher Natur (Strumpf an- und ausziehen, Ballauffangen). In frischen Fällen hat man das heruntergefallene Nagelglied nur in überstreckter Stellung zu fixieren, um Wiederherstellung der Funktion zu bekommen, in alten Fällen muss man die Sehne an das Periost der Phalanx nähen. Dann tritt immer Heilung ein. (Mitteilung von 11 Fällen.) **Ewald**-Hamburg.

49) **René Le Fort** (Lille). Atrophie congénitale du membre inférieur droit.

Revue d'orth. 1909. Nr. 3.

Zehnjähriges Mädchen mit Atrophie des ganzen rechten Beins, namentlich aber des Unterschenkels, 3,5 cm Verkürzung. Coxa valga, Fehlen des Valguswinkels am Knie, Hackenhohlfuss (Steilstellung des Kalkaneus im Röntgenbild). Alle Bewegungen der Zehen, des Fusses, des Ober- und Unterschenkels sind möglich, aber kraftlos. Kein Muskel ist gelähmt, alle sind paretisch. Besonders schwach ist die Wade ausgebildet. Gang sehr beschwerlich. Anamnese. Das Kind begann im Alter von 2 Jahren zu



hinken. Sonst nichts in der Anamnese, was auf eine Coxitis oder Poliomyelitis acuta deuten könnte.

Le F. meint, dass es sich um eine kongenitale Atrophie handelt; er vermutet ungenügenden Blutzufluss infolge Aplasie der Arteria iliaca. Die Coxa valga, genu rectum und den Hohlfuss nennt er funktionelle Adaptionsdeformitäten, die zur Kompensation der Verkürzung entstanden sind.

Bzgl. der Behandlung hält es Le F. für einen Fehler, etwa den sehr nützlichen, weil die Verkürzung kompensierenden Hohlfuss zu beseitigen. Nur eine erhöhte Sohle soll man rechts gehen, damit der Hohlfuss nicht noch mehr zunimmt. — Vielleicht liesse sich auch, wenn unsere Erfahrungen erst grösser sind, in einem solchen Fall die Blutzirkulation durch Wiederherstellung eines normalen Kalibers der Arteria iliaca bessern. (Ref. glaubt, dass dieser höchst originelle Eingriff ohne Erfolg bleiben würde. Nach der Photographie und dem Röntgenbild sowie nach einigen Bemerkungen der Krankengeschichte liegt ohne Zweifel ein einfacher Pes calcaneus paralyticus infolge Kinderlähmung vor.) **Ewald**-Hamburg.

50) **Eisenreich.** Ueber Elephantiasis cruris nach Poliomyelitis anterior und multiplen Erysipelen.

Diss. München 1909.

In dem vorliegenden Falle handelte es sich um einen 46 jährigen Mann, bei dem seit Kindheit eine Poliomyelitis anterior bestand, welche die die Muskulatur des linken Unterschenkels versorgenden Vorderhornganglienzellen zerstört hatte. Die Folge davon war eine extreme Atrophie der Muskulatur, die zum vollständigen Verschwinden derselben geführt hatte. Die Fettwucherung in diesen degenerierten Muskelpartien hatte die höchsten Grade erreicht, so dass man von einer richtigen Pseudohypertrophie der Muskulatur sprechen konnte, und war derartig stark, dass der Patient ins Krankenhaus kam, um sich den unförmig aufgeschwollenen und völlig gelähmten Unterschenkel amputieren zu lassen.

Blencke-Magdeburg.

51) **A. Mackenzie Forbes** (Montreal). The nonoperative treatment of fracture of the femoral neck.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Bis vor kurzem ist die Behandlung der Femurhalsfraktur ziemlich erfolglos gewesen; Verkürzungen und Schwäche des verletzten Beines waren die Regel, knöcherne Vereinigung die Ausnahme.



Auch F. hatte in 25 Fällen nur fünfmal knöcherne Vereinigung und zwar um so seltener, je näher dem Kopf die Fraktur gelegen war (Gründe: Verschiebung des Schaftes nach oben, mangelhafter Druck der beiden Frakturstücke gegeneinander, schlechte Ernährung des Kopffragmentes, schlechtere Ernährungsverhältnisse des Halses im Allgemeinen).

Durch Extensionsverband in Abduktionsstellung und Beseitigung der Auswärtsrotation sucht man jetzt die Fragmente einander gegenüberzustellen, durch seitlichen Zug werden die Fragmente in Berührung gebracht. Die Behandlung muss 6—12 Monate dauern, dann sind die Resultate recht befriedigende, auch die bei Patienten in höherem Alter. Nur wird sich eine monatelange Extensionsbehandlung bei alten, schwachen Leuten nicht gut durchführen lassen. Hier soll die von Bannet vorgeschlagene Massage und passive Bewegungstherapie Platz greifen; eine knöcherne Vereinigung der Fragmente gibt man damit allerdings auf, und die Resultate sind dementsprechend wenig befriedigend.

Ewald-Hamburg.

52) **Gwilym G. Davis** (Philadelphia). The operative treatment of intracapsular fracture of the neck of the femur.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Bei seinen Versuchen, nicht geheilte intrakapsuläre Femurhalsfrakturen zur Konsolidation zu bringen, wandte D. Nagelung mit Stahlnägeln, Elfenbeinstiften oder versilberten Schrauben an. Nur die letzteren ergaben befriedigende Resultate, aber manchmal erst nach langen Eiterungen. Deswegen verzichtet D. überhaupt auf die Einführung von Fremdkörpern, frischt nur die Enden an und fixiert drei Monate lang das Bein in extremer Abduktion. (3 Fälle gut geheilt!)

Ewald-Hamburg.

53) **Preiser** (Hamburg). Die Coxa valga congenita — die Vorstufe der congenitalen Hüftverrenkung.

Zeitschrift f. orthopäd. Chirurgie. Bd. XXI. Heft 1—3. S. 177.

Bei einem Knaben, der erst mit 2 Jahren laufen gelernt hatte, beobachtete Verf. im 10. Lebensjahre eine Coxa valga, deren Wesen er nach der Röntgenuntersuchung ausser in einer Steilstellung des Halses vor allem in einer beträchtlichen Anteversion des Kopfes sieht. Es entsteht diese Valgität des Femur nach den Untersuchungen des Verf. mit Wahrscheinlichkeit dadurch, dass die in utero dem Körper parallel anliegenden Oberschenkel gegen

die Beckenschaufel gedrückt werden. Die Ausbildung des normalen Schenkelhalswinkels kommt infolgedessen nicht zu Stande, sondern das Femur bleibt im ganzen gestreckter, der Kopf stellt sich antevertiert und auch die Pfanne wird weniger ausgebildet. Die Vorbedingungen für die Lux. cox. cong. sind damit gegeben, die Verrenkung selbst tritt aber erst bei Belastung durch das Körpergewicht ein. Fällt diese Belastung für die erste Lebenszeit weg, wie bei diesem Knaben, der erst mit 2 Jahren laufen lernte, so kann das Pfannendach sich besser ausbilden, und es bleibt nur die Vorstufe der Luxation, die Coxa valga bestehen. Auch die Steilheit der Beckenschaufeln bei Luxationskindern glaubt Verf. durch die seitliche Kompression des Beckens infolge Anliegens der Oberschenkel erklären zu können. Der schlechte Gang ist wohl durch die Veränderung des Angriffspunktes der Glutäen durch die Rückwärtslagerung des Trochanter zu erklären. Nach früheren Untersuchungen P.'s entspricht auch dem antevertierten Femurkopf eine mehr nach hinten sehende Pfanne, sodass eine Korrektur der Anteversion die Artikulationsverhältnisse eher ungünstiger gestalten dürfte. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

54) **G. Nové-Josserand u. E. Pervin** (Lyon). Les luxations vraies au cours de la coxalgie.

Revue d'orth. 1909. Nr. 3.

Ausser der Destruktionsluxation des Hüftgelenks kommt es bei der Coxitis — wie bei den akuten Entzündungen der Hüfte — zu plötzlichen Luxationen, ohne dass Pfanne und Kopf grosse Zerstörungen aufzuweisen brauchen. Mitteilung von neun einschlägigen Fällen (beobachtet von 1899—1909). Die Luxation erschien fast immer in den ersten Monaten des Bestehens der Coxitis und zwar meist bei nicht oder schlecht behandelten Patienten. Die Behandlung bestand in vorsichtiger Reposition des Kopfes (Traktion am Bein in leichter Abduktion und Druck auf den Trochanter genügt!) Doch bildete sich immer (ausser in 1 Fall) ein Abszess nach der Einrenkung. Ist ein solcher schon da, so soll man nicht reponieren, sondern resezieren.

Resultate: 1 unbekannt.
2 noch in Behandlung.
1 Reluxation.
1 Resektion.
1 gestorben an Meningitis nach Reposition.
3 Heilungen. **Ewald**-Hamburg.



55) **Louis Bec.** Contribution à l'étude du traitement des ankyloses de la hanche par la méthode de l'interposition musculaire.

Thèse de Paris 1909.

Die Methode besteht hauptsächlich darin, dass durch einen halbmondförmigen, mit der Konkavität nach oben gerichteten Schnitt, der grosse Trochanter freigelegt, abgesägt und mit den daran haftenden Muskelteilen beiseite geschoben wird, worauf man an die Pfanne kommt, den festsitzenden Oberschenkelkopf abmeisselt und nun aus der medianen Seite des Musc. glutäus min. ein Bündel abpräpariert und an das transversale Ligament des Acetabulums annäht. Der Schenkel wird hierauf an seinen Platz gebracht, der Trochanter durch einen Stift befestigt, hierauf wird genäht und drainiert. Man legt einen Hennequin'schen Apparat an und beginnt mit den Bewegungen so frühzeitig wie möglich. In den zwei, auf diese Weise behandelten Fällen, die der Verfasser beobachten konnte, war das erzielte Resultat ein ausgezeichnetes und konnten beide Patienten weite Touren unternehmen und schwere Arbeit leisten.

E. Toff-Braila.

56) **Schulte am Esch.** Ueber Lipoma arborescens des Kniegelenks.

Diss. Leipzig. 1909.

Sch. berichtet über 5 Fälle von abnormer Fettwucherung im Kniegelenk, die in der Gochtschen Klinik zu Halle mit sehr gutem Erfolg operiert wurden, nachdem sie zunächst sämtlich konservativ mit Massage, Heissluft, Gymnastik etc. ohne jeden Erfolg behandelt waren und nachdem, während der Behandlungszeit die Diagnose „Lipoma arborescens“ absolut sicher gestellt war.

Blencke-Magdeburg.

57) **E. Muirhead Little** (London). Some notes on ankylosis of the knee.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

L. teilt die Ankylosen in 1. komplette, d. h. unbewegliche und 2. in inkomplette, teilweise bewegliche ein. Dieser Faktor der Beweglichkeit ist in jedem Fall zu beachten, weil teilweise bewegliche Gelenke wohl gerade gemacht, aber nicht versteift werden dürfen. An der Hand von drei Krankengeschichten (einmal fibröse Knieversteifung nach Osteomyelitis des femur, zweimal multipler Gelenkrheumatismus) werden die verschiedenen Methoden, die in



den 3 Fällen auch angewandt wurden, besprochen: forciertes Redressement, Etappengipsverband, Durchschneidung, resp. Verlängerung der Kniekehlensehnen, eventuell auch der Kapsel und Bänder, Arthrotomie, Keilosteotomie, suprakondyläre Osteotomie. Letztere drei Verfahren kommen nur bei knöcherner Ankylose (Röntgenbild!) in Betracht, oder wenn die anderen Methoden nicht zum Ziel geführt haben.

Ewald-Hamburg.

58) **Robert Werndorff.** Zur paraartikulären Korrektur der Kniegelenkankylosen. Die keilförmige paraartikuläre Osteotomie mit freier Autoplastik eines Knochenkeils aus der Tibia in den Oberschenkeldefekt.

Wien. med. Woch. Nr. 22.

W. bespricht sämtliche bisher geübten Verfahren zur Korrektur der Kniegelenksankylose. Die Helferich'sche bogenförmige zentrische Osteotomie scheint ihm bei Ankylosen mit einem Beugungswinkel von mehr als 135 Graden, wenn nicht besondere Gegenanzeigen vorliegen, die beste Methode zu sein. Doch wird man oft der subkutanen suprakondylären Osteotomie den Vorzug geben, die technisch leichter und von geringeren Gefahren begleitet ist. Allerdings muss man eine geringfügige Bayonnettstellung dabei mit in Kauf nehmen. Bei Jugendlichen hält er sogar nur die Osteoklase für angebracht.

Beträgt der Beugewinkel der Ankylose weniger als 135 Grade, dann genügt die Helferich'sche Methode nicht. Man muss dann noch einen Knochenkeil herausnehmen, macht also eine bogenförmige Keilresektion. Die Gefahren und oft beobachteten lästigen Zufälle der zentralen Operationen (Lähmungen oder Arterienverschluss in der Kniekehle) lassen die paraartikulären Methoden vorteilhafter erscheinen. Man hat die Wahl zwischen Osteotomie und Osteoklase oberhalb und unterhalb des Kniegelenkes. Man korrigiert erst nach Ablauf der Erkrankung, obgleich das Gelenk völlig unberührt bleibt. Jede Zerrung der Gefässe und Nerven wird vermieden, von der Länge des Knochens geht nichts verloren. Die Behandlungszeit ist auf ein Minimum abgekürzt. Bei den zentrischen Methoden beträgt sie, wie Verf. einleuchtend darlegt, 1 bis $1^1/_2$ Jahre, bei den paraartikulären nur 8 Wochen, da Wunden in der Diaphyse rasch knöchern verwachsen, wodurch die Rezidivgefahr ebenso sehr verringert wird, als durch den Umstand, dass die paraartikuläre Osteotomie eine absolute Streckung des Beines ermöglicht. In



einem Falle verwendete Werndorff den aus der Tibia gewonnenen Keil zur Ausfüllung des Spaltes im Femur mit gutem Erfolge.

Spitzy-Graz.

59) **J. Torrance Rugh** (Philadelphia). When is bony union complete after excision of the Knee-joint.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VI. Nr. 3.

Es herrschen Meinungsverschiedenheiten, wie lange nach Kniegelenksresektion das Bein fixiert werden muss, um fest zu konsolidieren. Nach Verf.'s Erfahrung kommt vor dem 12. Lebensjahr gern eine fibröse Heilung zustande, und damit fast immer eine Flexionskontraktur. In späteren Jahren ist eine knöcherne Vereinigung wahrscheinlicher. Doch können verschiedene Faktoren wie schlechter Gesundheitszustand, unvollständige Fixation, Periostzerstörung, Blut zwischen den Resektionsenden, mangelhafte Koaptation usw. die Knochenheilung vereiteln oder verzögern. Völlige Fixation sollte mindestens ein Jahr, besser zwei bewahrt werden.

Ewald-Hamburg.

60) **Lockwood.** Arthrotomy of the knee for the removal of inflamed synovial fringes and of the pads of Malgaigne.

British medical journal. 1909. Nr. 2531.

Verf. betont die Wichtigkeit der Stellung der Differentialdiagnose, bevor man an die Operation am Kniegelenk geht. Die oft gestellte Diagnose: Verrenkung (sprained) ist oft falsch, sondern vielfach eine Zerreissung oder Quetschung mit folgender entzündlicher Schwellung der Synovial-Zotten und der von Malgaigne beschriebenen Fettpolster neben der Patella. 3 mal war er genötigt, diese wegen ihrer Schwellung zu entfernen. Er bemerkt nebenbei, dass es ihm nie gelungen ist, luxierte oder abgerissene Gelenkknorpel zu reponieren, dies ist nach seiner Meinung nicht möglich, sondern sie sollen stets excidiert werden. Die Gefahren nach einer Arthrotomie des Kniegelenkes sollen nicht unterschätzt werden. Zwei sehr unangenehme Zwischenfälle veranlassen Verf. alle drohenden Komplikationen zu erwähnen. Ein Patient, der bereits nach Arthrotomie wegen Semilunarknorpelluxation aufgestanden war, bekam eine Angina, die zur sekundären Eiterung des operierten Gelenks führte und zur Oeffnung und Drainage Veranlassung gab. Ein zweiter Patient, der an Malaria litt, bekam, nachdem die Nähte nach fieberlosem Verlauf entfernt waren, eine Malariaattacke, die zur Eiterung des Knies führte. (Staphylococcus aureus im punktierten Erguss.)

Mosenthal-Berlin.



Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

61) 81. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg 19.—25. IX. 09.

Münch. med. Woch. 1909. 40.

Bumm (Wien), zur „funktionellen“ Therapie Unfallverletzter.

B. hebt die Bedeutung der Behandlung Unfallverletzter seitens des erstintervenierenden Arztes wie des eigentlich behandelnden Arztes für die Zukunft des Verletzten hervor. Bei der ersten Hilfeleistung muss alles vermieden werden, was die spätere Funktion des verletzten Gliedes zu beeinträchtigen geeignet ist. Hierher gehört die definitive Blutstillung, Hautnaht, Versorgung komplizierter Frakturen am Verletzungsorte; hier sollten die Wunden nur provisorisch versorgt werden. Dann würden Sehnennähte nicht so häufig übersehen werden und die Frakturen würden besser behandelt werden.

Ferner wendet sich B. gegen die zu häufige und zu lange Immobilisierung einfacher Knochenbrüche. Die Folgen seien häufig sehr funktionsbehindernd: Kallushyperthrophie, Gelenksteifigkeit, Muskelatrophie. Besonders schädlich sei der zirkuläre Gipsverband, der durch abnehmbare Kapsel- uud Schienen- eventuell auch Extensionsverbände ersetzt werden sollte.

v. Hacker (Graz) erläutert sein Verfahren des autoplastischen Ersatzes von Strecksehnen der Finger. Er erinnert daran, dass am 1., 2. und 5. Finger zwei Strecksehnen zur Aponeurose verwachsen seien, eine also zur Plastik benutzt werden kann. Bei einem Mittelfinger, dessen Strecksehne durch Panaritium verloren gegangen war, schaffte er Ersatz durch eine Zeigefingerstrecksehne. Die Funktion wurde sehr gut.

Lorenz (Wien). Die Reposition, Retention und ambulante Behandlung des Schenkelhalsbruchs.

Die übliche Extensionsbehandlung genügt nicht bei grosser Deformität. Ueber Bardenheuers Methode hat L. keine Erfahrung. Man muss den Schaft nach dem Kopf einstellen, also stark abduzieren, einwärts rotieren und etwas beugen. In dieser Stellung soll ein fixierender Verband angelegt werden. L. zieht dem Zug auf jeden Fall die Reposition — eventuell in kurzer Narkose — und genügend lange Fixation vor. Schenkelhalsbrüche darf man lange Zeit nicht belasten.

In der Diskussion schliesst sich v. Hacker der Meinung von Lorenz an, macht aber nach der Reposition einen Extensionsverband, eventuell später Gips.

Storp (Danzig) glaubt, dass ein grosser Teil der Fälle von Coxa vara adolescentium auf Schenkelhalsbrüche zurückzuführen ist; die Gewalteinwirkung ist manchmal gering. Mit der Bardenheuerschen Methode hatte er gute Erfolge. Namentlich bei alten Leuten lassen die Beschwerden rasch nach.

Kroh (Köln) erwähnt, dass Bardenheuer den Hauptwert auf dauernde Distraktion mit grossen Gewichten (bis 60 Pfd.) legt; sonst kann der Hals grossenteils resorbiert werden.



Katholicky (Brünn) hat bei arthropathischen Gelenken partielle Resektionen vorgenommen. Schmieden (Berlin) heisst dies nicht gut, nicht einmal punktieren soll man derartige Gelenke. Der Erguss kommt doch sofort wieder und ist auch günstig, da er die Reibung der rauhen Gelenkflächen mildert. Schm. schlägt portative Apparate vor.

Wahl (München) zeigt — als Fortschritt in der Behandlung des Schiefwuchses — billige verstellbare Reklinationsbetten und Turngeräte, bei welchen die Körperschwere im Hang für die Korrektion ausgenutzt wird. Bei schwereren, fixierten Skoliosen, bei denen die Heilungsaussichten überhaupt gering sind, lässt er ausserdem ein leichtes, wenig belästigendes Stoffkorsett tragen.

Semeleder (Wien): Neuere orthopädisch-technische Konstruktionsprinzipien zur unblutigen Herstellung der Fnnktion gelähmter Extremitäten.

Bei Plattfuss kann man eine Kraft seitlich gegen den inneren Knöchel wirken lassen, und zwar kann man die vertikal wirkende Schwerkraft durch Winkelhebel in diesem Sinne umwandeln (Schuhe mit einseitig federndem Absatz). Bei Quadricepslähmung kann man einen Hessingapparat so einrichten, dass das Gelenk bei Belastung in Streckstellung durch eine selbsttätige Bandbremse fixiert wird. — Durch Hebelwirkung kann man Bewegungen der oberen Extremität auf Hüfte und Oberschenkel übertragen.

Dohan (Wien). Ueber Lumbago traumatica. In 25 Fällen von Kreuzschmerz nach Unfall zeigten sich auf dem Röntgenbild deutliche Zeichen von Arthritis deformans, am stärksten zwischen 4. und 5. Lendenwirbel. Der chronische Prozess hat meist vor dem Unfall schon bestanden, kann aber durch das Trauma verschlimmert werden. **Ewald-Hamburg.**

62) **Neuber** (Kiel). II. Tagung der Vereinigung nordwestd. Chir. zu Kiel. 3. VII. 09.

Zentralbl. f. Chir. 1909. Nr. 34.

Ueber Gelenktuberkulosen.

Im Anschluss an den Fall eines 48 j. Mannes, dessen Koxitis 2 Jahre lang erfolglos konservativ behandelt war, und der dann ausgiebig reseciert wurde, wird das Operationsverfahren geschildert (ausgiebige Inzisionen, Luxation, Abtragung alles Kranken, Desinfektion der Wundhöhle mit 10 %iger Formalinseife, Tamponade der Wundhöhle mit Vioformgaze, Naht bis auf kleinen Spalt). Nur wenig Verbandwechsel, nach 8 Wochen Heilung der äusseren Wunde, 2 Wochen später entlassen mit 1 Stock und steifer Hüfte. — Steife Gelenke werden bei allen Knie- und Hüftresektionen erstrebt, für alle anderen Gelenke gilt möglichst gute Beweglichkeit als Ziel. Rezidive sind sehr selten, Dauerheilungen durchaus die Regel.

Ein lokalisierter Knochenherd ist eine Indikation zur Gelenkeröffnung. Synoviale Fälle werden zunächst konservativ behandelt, wenn nicht bald deutliche Besserung eintritt, inzidiert, ausgeräumt, ausgewaschen und jodoformisiert. Ebenso die periartikulären Abszesse. Bei zu häufigen Rezidiven soll man auch hier mit der Resektion nicht allzulange warten. Ueber die Serumbehandlung hat N. keine Erfahrung, rät aber zu Versuchen.

Baum (Kiel) stellt 5 Fälle von mehr oder weniger ausgedehnten Fussgelenksresektionen vor, die mit dem sehr zweckmässigen vorderen Lappenschnitt ausgeführt wurden und rezidivfrei geblieben sind.

Müller (Rostock) pflegt mit gutem Erfolg die Resektionswunden nach Anwendung von Jodoform möglichst vollständig zu vernähen. Rezidive bei primär schön verheilten Gelenken kommen vor.

Göbell (Kiel) berichtet über die Resektion von 3 durch Tuberkulose schwer zerstörten Hüftgelenken in Momburg'scher Blutleere. Ein Schaden wurde nicht beobachtet.

Kümmell meint, dass die Knochentuberkulose in Hamburg seltener geworden ist. Er ist für möglichst konservatives Vorgehen. Die Serumtherapie hat er systematisch erprobt, aber keine durchschlagende Wirkung gesehen.

König (Altona) fragt, was mit der Formalinseife bezweckt werden soll. — Die einfache Inzision tuberkulöser Gelenke mit Wegnahme der erreichbaren Granulationen kann er nicht gut heissen. — Mit Marmorekserum an 14 Kranken angestellte Versuche ergaben keine nennenswerte Beeinflussung der Kranken. Dagegen glaubt K. dem Alt-Tuberkulin Koch eine günstige Beeinflussung zuerkennen zu müssen.

Etwa derselben Ansicht ist **Anschütz** (Kiel). Er rät, die Sera zunächst bei einfachliegenden Fällen, geschlossener Tuberkulose anzuwenden. — Im Uebrigen schränkt er die Resektion des Hüftgelenks aufs äusserste ein.

Ewald-Hamburg.

Anschütz (Kiel). II. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen in Kiel 9. 7. 09.
Zentralblatt für Chir. 1909. 34.

Die Myositis ossificans am Ellenbogengelenk kommt besonders bei der Lux. antebrachii post. vor. Sie ist eine häufige Komplikation und hat nicht immer eine günstige Prognose. Bei den demonstrierten Pat. handelt es sich um veraltete Luxationen, die nach vergeblichem Repositionsversuch schliesslich blutig eingerenkt werden mussten. Danach war die periartikuläre Knochenbildung sehr stark und hat zur völligen Fixation des Gelenks geführt. Es lässt sich nicht von der Hand weisen, dass das Periost zerfetzt und in die Muskulatur verlagert wird. Es ist jedoch auch nicht ausgeschlossen, dass der Muskel selbst ossifiziert.

König (Altona) hat die Knochenneubildung als „frakturlose Kallusbildung" bezeichnet und hält diesen Ausdruck für besser als „Myositis ossificans traumatica". Zwar könnten auch Entzündungen des Muskels zur Knochenbildung führen. Auf den einmaligen traumatischen Reiz aber können alle Bindesubstanzen durch Knochenbildung reagieren, eine Beteiligung des Periosts ist gar nicht nötig.

Ewald-Hamburg.

Baum (Kiel). II. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen zu Kiel 3. 7. 09.
Zentralblatt für Chir. 1909. 34.

B. empfiehlt warm den Rat Kausch's, bei der Patellarfraktur nach der Naht das Knie flektiert zu verbinden, um die Nachbehandlung zu erleichtern und abzukürzen. Demonstration eines Patienten, der bereits 4 Wochen nach der Naht das Bein frei strecken und beugen konnte. **Ewald**-Hamburg.



63) **Strohe I.** Allgem. ärztl. Verein zu Köln. 19. VII. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 38.

Demonstration einer Missbildung.

Bei einem 24 j. Korbflechter fehlte an beiden Händen der proc. styloid. radii, das os trapezium, sowie 2 Mittelhandknochen. An beiden Füssen ist der Malleolus tibiae wenig ausgeprägt, Talus und Calcaneus, vielleicht auch Cuboid vorhanden, es findet sich aber nur ein Mittelfussknochen und eine stark nach innen verbogene Zehe. **Ewald**-Hamburg.

64) **Anschütz.** Medizinische Gesellschaft in Kiel. 22. 7. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 40.

Ueber Ostitis fibrosa.

Wir wissen jetzt, dass die Zystenbildung im Knochen in der Mehrzahl der Fälle nicht erweichenden Tumoren, sondern einer lokalisierten Ostitis fibrosa zu verdanken ist. Am besten bekannt ist das zystische Spätstadium, weniger das tumorähnliche Frühstadium. Das Trauma scheint manchmal für die Entstehung des sehr langsam fortschreitenden Leidens, das lange latent bleibt, verantwortlich gemacht werden zu können. Nach Spontanfrakturen werden manchmal vorübergehende Besserungen beobachtet, die vielleicht durch Entlastung der Zystenwand und Anregung zur Knochenneubildung erklärt werden können

Die Frühoperation (auch nur einfache Inzision) hat oft gute Erfolge ergeben; in Spätfällen scheinen die Störungen des Periosts irreparabel sein zu können. Knorpelinseln scheinen besonders häufig bei jugendlichen Individuen gefunden zu werden.

A. hat 6 Fälle gesehen (Humerus, Fibula, Kalcaneus), bei dreien war die traumatische Enstehung sehr wahrscheinlich. — Bei einem 36 jährigen Manne entwickelte sich 3 Wochen nach einer Knöchelfraktur im Gipsverbande ein grosser Tumor am äusseren Malleolus, der 5 Monate lang in gleicher Grösse bestand und dann extirpiert wurde. (Derber Tumor ohne grössere Cysten.) Diagnose nach Probeexzision Sarkom. Bei der Exstirpation fand sich eine sehr dünne Knochenschale, die nach der Tibia zu gelegene Knorpelfläche war gut erhalten. Mikroskopisch fand sich das Frühstadium der Ostitis fibrosa. **Ewald**-Hamburg.

65) **Konjetzny.** Medizinische Gesellschaft in Kiel. 22. 7. 09.
Münch. med. Woch. 1909. 40.

Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese der Ostitis fibrosa.

Pathologisch-anatomisches zu dem von Auschütz vorgestellten Fall (s. diesen). Die dicke Kapselbildung des Tumors sprach gegen eine destruktive Invasion der Tumorzellen in die Umgebung. — Auf dem Durchschnitt fielen bis bohnengrosse braunrote Herde auf, die zweifellos von Haemorrhagien herrührten. Das zellreiche Gewebe des Tumors besteht aus gleichmässig angeordneten spindligen Zellen. Diagnose: eine Art entzündlicher, bezw. resorptiver Neubildung (tumorbildende Ostitis fibrosa). Gegen die Diagnose Sarkom spricht das absolute Fehlen jeglicher Polymorphie der Zellen, die sukzessive Differenzierung der zellreichen Partien in die zellarmen, das massenhafte Vorkommen von Plasmazellen mitten in dem zellreichen Gewebe, das Verhalten

der Riesenzellen, die als Fremdkörperriesenzellen aufzufassen sind. (Diese sind vielleicht zu den Osteoklasten in Beziehung zu setzen.)

Ewald-Hamburg.

66) **Ritter**. Medizin. Verein in Greifswald. 21. XI. 08.

Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 15.

Multiple Knochenfrakturen.

Der 11 jährige Junge hat bis jetzt 21 mal beide Oberschenkel und den rechten Unterschenkel gebrochen. Die Frakturen waren wenig schmerzhaft und heilten überraschend schnell ohne starken Callus. Pat. ist sonst normal gebaut, nur besteht starke Beckensenkung, Coxa vara und Verbiegung der Oberschenkel nach aussen, X-Bein, Plattfüsse, Säbelscheidenform der Tibiae. Im Röntgenbild sieht man starke Atrophie der Knochensubstanz, Kortikalis ganz dünn. Keine Zeichen ven Rachitis. R. hält den Fall für eine Osteogenesis imperfecta (Form der Osteomalazie).

Ewald-Hemburg.

67) **Willems** (Gent). Société de chir. de Paris. 16. I. 09.

Revue de chir. 1909, 2.

Operative Frakturenbehandlung ohne Fixation der Fragmente.

W. behandelt, wenn irgendmöglich die Frakturen unblutig. Durch die Bardenheuersche Methode erreicht man vorzügliche Resultate. Nur bei irreduciblen und bei einigen Gelenkfrakturen geht W. operativ vor, befreit jedoch nur die Fragmente von ihren Hemmungen und koaptiert sie. Eine Fixation durch irgend ein Hilfsmittel, sei es auch nur ein Faden, hält er für unzweckmässig. Es genügt durchaus in allen Fällen ein Gipsverband, um Konsolidation der Fraktur in guter Stellung zu erhalten.

Derselben Meinung sind Walther, Lucas-Championnière, Demoulin, Nélaton, Broca, während Chaput, Thiéry, Schwartz, Quénu bei manchen Frakturen (Clavicula, Vorderarm) eine Fixation mit Draht, Catgut oder Seide nicht umgehen wollen.

Ewald-Hamburg.

68) **Maclewen.** 77. Jahresversammlung der British-medical association in Belfast. 28. und 29. VI. 09.

Münch. med. Woch. 1909, 37.

Behandlung tuberkulöser Gelenke.

Nur im allerersten Stadium, wenn es sich um zerstreute Tuberkeln handelt, kann man von der Tuberkulinbehandlung Nutzen erwarten. Später kommt die lokale Anwendung chemischer Stoffe sowie chirurgische Massnahmen in Betracht. Die Ausbreitung der Tuberkulose auf die Synovialmembran ist möglichst zu verhüten. Nützlich für Diagnose und Behandlung ist die Injektion der Fisteln mit Wismutemulsion. Jodoforminjektionen sind oft nützlich. Die Biersche Stauung hat sich in England nicht bewährt. In späteren Stadien hat Vortr. mit ausgezeichneten Resultaten die intrakapsuläre Resektion angewandt. R. Jones behandelt Abscesse so konservativ wie möglich. Deformitäten korrigiert er in allen Stadien.

Crawford Renton will besonders beim Ellenbogengelenk die konservativen Methoden nicht allzulange ausgedehnt wissen.

Ewald - Hamburg.



69) **Thiéry**. Société de chir. de Paris. 19. V. 09.

Revue de chir. 1909, 7.

Behandlung des Tumor albus mit Bierscher Stauung.

In 12 Fällen von Fuss- und Handgelenkstuberkulose hat die Methode keinen Erfolg gehabt. Theoretisch scheint sie dem Vortr. auf einem Irrtum zu beruhen (gute Zirkulation ist bei allen erkrankten Geweben die Hauptsache) und kann dazu führen, alte bewährte Methoden zurückzudrängen (Auskratzung, Jodoforminjektionen).

Moty glaubt, dass die Biersche Methode bei akuten nnd subakuten Tuberkulosen gute Resultate ergeben kann.

Broca hat keine Erfolge gehabt, trotzdem einer seiner Assistenten die Methode in Bonn gelernt hat.

Chaput bemerkt, dass bei fistelnden Tuberkulosen immerhin Erfolge zu verzeichnen seien. Die verschiedenen Resultate der einzelnen Chirurgen beruhen wahrscheinlich auf einer verschiedenen Anwendungsweise.

Ewald-Hamburg.

70) **M. Strauss**. Aerztl. Verein zu Nürnberg. 15. 7. 09.

Münch. med. Woch. 1909. 39.

Konservative Behandlung der Knochen- und Gelenk- sowie Weichteiltuberkulose nach Mencière (Phénolisation).

St. hat in vier Fällen von nicht infizierten fistelnden Tuberkulosen konzentrierte Karbolsäure (90, Alkohol ad 100) angewandt Das Verfahren erwies sich als ungiftig und gefahrlos, führte rasch zu guten Granulationen, denen bald Heilung folgte. **Ewald**-Hamburg.

71) **Hepner**. Aerztl. Verein in Danzig. 25. III. 09.

Deutsche med. Woch. 1909, 37.

Moderne Behandlung der Skoliose.

Die verschiedenen Verfahren (Redression, Fixation, passive und aktive Bewegungen) werden besprochen. Möglichst ist der Grundsatz: „Funktion des erkrankten Körperabschnitts in redressierter Stellung" — auch auf die Skoliose zu übertragen. Dies gelingt durch die Apparate von Schulthess und Lange in vollkommener Weise. Vortr. ist mit den Apparaten des letzteren sehr zufrieden. Die Kriechbehandlung von Klapp wird verworfen, da sie bei Doppelkrümmungen (70—80 %) versagt.

Diskussion. Petruschky und Jelski haben häufig Skoliosen nach geringfügigen Ursachen — Stehen auf einem Bein, Führung kleiner Kinder am hocherhobenen Arm — entstehen und nach Beseitigung der Ursachen wieder vergehen sehen. **Ewald**-Hamburg.

72) **Enderlen**. Würzburger Aerzteabend. 6. VI. 09.

Münch. med. Woch. 1909, 30.

38j. Mann, bei welchem nach schwerem Heben eine Serratuslähmung zustande gekommen war. Flügelförmiges Abstehen der Skapula, Arm nur bis zur Horizontalen zu erheben. 4 Wochen nach dem Unfall Transplantation des sehnigen Ansatzes der Pars costalis des M. pectoralis major an den unteren Skapulawinkel. Pat. kann jetzt den Arm fast bis zur Senkrechten heben; das flügelförmige Abstehen des Schulterblatts ist kaum noch zu bemerken.

Ewald-Hamburg.



73) **Garavini.** Medizinisch-chir. Gesellsch. in Modena. 12. II. 09.

Revue de chir. 1909, 6.

Einem sonst gut entwickelten Jungen von 11 Jahren fehlten auf einer Thoraxseite die beiden musculi pectorales, an deren Stelle man ein fibröses Band konstatierte. Keine Funktionsstörung des Arms, keine Thoraxdeformität.

Ewald-Hamburg.

74) **Stursberg.** Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn 20. VII. 1908.

Deutsche med. Woch. 1908, 53.

Vorstellung eines 20 j. Mädchens mit rudimentärer Entwicklung beider Schlüsselbeine. Keine Bewegungsbehinderung in den Armen. Die Klavicularudimente sind nur 6 cm lang und enden frei unter der Haut, weit vom Akromion entfernt. Links besteht eine lockere Verbindung mit dem Sternum, rechts ist eine solche nicht zu erkennen. Die Schultern können einander vorn und nach innen bis zur Berührung genähert werden. Von Muskeln fehlen die klavikularen Anteile der sternocleido-mastoidei, der trapezii und des rechten Deltoideus. **Ewald**-Hamburg.

75) **P. Delbet** u. **Moquot.** Société de chir. de Paris. 21. Juli 1909.

Revue de chir. 1909, 9.

Da bei der Luxatio acromio-clavicularis die Funktion sehr behindert ist, und mit der Naht oder Schienung des Acromio-claviculargelenks nichts erreicht wird, haben D. und M. die gerissenen Coraco-clavicularbänder durch Silberdraht und — da dieser bei dem ersten Bewegungsversuch riss — in einem 2. Fall durch 2 Seidenfäden ersetzt, die unter dem Proc. coracoid. und über dem Schlüsselbein wegliefen und am Periost fixiert wurden. Gutes Resultat.

Tuffier bestätigt, dass Seide besser als Metall sei.

Reynier bemerkt, dass er schon 1877 hervorgehoben habe, dass eine Lux. acromio-clavicularis nur denkbar sei, wenn die Coraco-clavicularbänder gerissen seien.

Morestin hat in 2 Fällen das acromiale Ende der Clavicula um 2 cm reseciert. Erfolg befriedigend. **Ewald**-Hamburg.

76) **R. Picqué.** Société de chir. de Paris 21. 4. 09.

Revue de chir. 1909. 6.

Ein 35 jähriger Mann bekam 3 Wochen nach einem Schlüsselbeinbruch eine Plexusbrachialislähmung (Typus Duchenne-Erb). P. entfernte den Callus und nähte die Fraktur mit Draht, worauf restitutio ad integrum eintrat. **Ewald**-Hamburg.

77) **Krüger.** Aerztl. Verein in Hamburg. Biol. Abt. 19. X. 09.

K. berichtet über den Fall einer Schulterverletzung, die auf dem Röntgenbild scheinbar ihren Ausdruck fand in einem Schatten oberhalb des Acromioclarivulargelenks. Nach den Veröffentlichungen von Stieda konnte man an eine Schleimbeutelentzündung mit nachfolgender Kalkablagerung denken. Die Untersuchung des exstirpierten Tumors ergab aber ein Dermoid, das wegen



seiner verhornten Epithelien und Cholestearinnadeln zur periartikulären Schattenbildung Veranlassung gegeben hat. Mit dem Trauma hatte die Geschwulst natürlich nichts zu tun. **Ewald**-Hamburg.

78) **Läwen.** Medizinische Gesellschaft zu Leipzig. 9. III. 09.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 29.

Knochenperiosttransplantation nach Humerusresektion.

Der durch Exstirpation eines Sarkoms gesetzte 12 cm lange Defekt wurde durch ein Tibiaperiostknochenstück ersetzt. Feste Anheilung, aber Rezidiv nach $2^1/_2$ Monaten, weshalb Exartikulation des Arms. Die Untersuchung des Präparats ergab: das Tibiastück ist revascularisiert und in toto der Nekrose verfallen (keine Knochenkernfärbung). Osteophystenbildung vom transplantierten Periost her und vom Humerusstumpf. In den Haversschen Kanälen und im Markraum Zeichen lakunärer Resorption, aber auch Substitution des toten Knochen durch neugebildeten. **Ewald**-Hamburg.

79) **Frank S. Mathews.** Chir. Gesellschaft in New-York. 10. II. 09.
Revue de Chir. 1909, 7.

Junge mit irreponibler Fraktur des condylus ext. humeri. Bei der Operation fand M. eine Drehung des Fragments um 180° und Durchtritt durch die Aponeurose. Reposition und Heilung.

In einem anderen schon veralteten Fall musste der abgesprengte Condylus ext., da er nicht angeheilt war, entfernt werden.

Gibson hat dieselbe Drehung des Condylus am Femur gesehen.
Ewald-Hamburg.

80) **Bossi, B.** (Mailand). Considerazioni sopra la cura della lussazione della spalla complicata a frattura della parte alta dell'omero.

Società medico-biologica milanese. Seduta 28 giugno 1909.

Ausgehend von einem von ihm operierten Fall lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf die Vorteile, die bei dieser Läsion durch die blutige Reposition des Humeruskopfes, durch Aneinanderbringen der Frakturflächen und ihre Fixierung erzielt werden können. Das von ihm erhaltene gute Resultat, das durch die vor und nach der Behandlung ausgeführten Röntgenographien bewiesen wird, ist umso bemerkenswerter, als der Eingriff erst 22 Tage nach der Läsion ausgeführt wurde, als periartikuläre Neubildungen und Schrumpfungen der Weichteile den Eingriff erschwerten. Bei der Ausführung ist es notwendig, die Elemente des Gefässnervenbündels zu erkennen, welche den verlagerten Kopf umgeben, um nicht Gefahr zu laufen, sie bei den heftigen Reduktionsbewegungen zu zerreissen. **Buccheri**-Palermo.

81) **Silhol** (Marseille). Société de chir. de Paris. 16. XII. 08.
Revue de chir. 1909. 1.

Operationen bei Ellenbogenverletzungen beim Kinde.

Zweimal wurde bei irreponiblen Luxationen mit gutem Erfolge die Arthrotomie gemacht. In einem Fall (4 jähriges Kind) wurde der versteifte Ellenbogen in Narkose forziert mobilisiert. 3 Sitzungen waren nötig. Bei Kindern ist dieses Verfahren besser als die teilweise Mobilisierung und Massage, die



nur mässige Resultate ergibt. Dreimal wurde ein nach vorn vorstehendes Diaphysenfragment plus Callus abgemeisselt. — Bei 2 T-Frakturen erzielte die Operation einmal ein mittelmässiges Resultat. — Dreimal wurde eine Fraktur des Condylus ext. humeri beobachtet, der zweimal ohne Schaden für die Funktion entfernt wurde.

In der Diskussion schliesst sich Broca allen Verfahren von S. an, nur bei deform geheilten Diaphysenbrüchen will er länger zuwarten, da sich bei Kindern erfahrungsgemäss Callus und vorstehende Knochenstücke beträchtlich resorbieren können. **Ewald**-Hamburg.

82) **Froelich.** Société de méd. de Nancy.
Revue de chir. 1909, 4.

F. hat 8 Fälle von Volkmannscher ischämischer Lähmung gesehen, 2 davon behandelte er mit Kontinuitätsresektion der beiden Vorderarmknochen; diese Operation zieht er der Verlängerung der retrahierten Beuger vor. Ist die Muskulatur völlig verschwunden, so wäre an eine Transplantation des Biceps auf die Extensoren zu denken. Die Beobachtungen (Kinder mit Vorderarmbrüchen, die einen zu engen Verband trugen) und die Untersuchungen an einem wegen ischämischer Lähmung amputierten Vorderarm zeigen, dass es sich um eine reine Muskelläsion handelt. **Ewald**-Hamburg.

83) **Tixier.** Société de Chir. de Lyon. 19. XI. 08.
Revue de chir. 1909. 1.

Bei einer Vorderarmfraktur, wo nach 40 Tagen nur der Radius fest zusammengeheilt war, frischte T. die Ulnafragmente an und fixierte sie mittels einer Aluminiumschiene. Nach vier Wochen musste letztere wegen Eiterung entfernt werden, der Vorderarm war aber leistungsfähig.
Ewald-Hamburg.

84) **M. Strauss.** Aerztlicher Verein in Nürnberg 15. 7. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 39.

Demonstration von eingekeilten Vorderarmbrüchen, bei denen die Einkeilung nicht behoben wurde, sondern nur eine dorsale Gipsschiene angelegt wurde. Frühzeitiger Beginn mit Massage und Heissluft. Nach 6—8 Tagen Wiederaufnahme der Arbeit. Diese funktionelle Behandlung wird auch bei Distorsionen des Hand- und Fussgelenks empfohlen. Durch geeignete Heftpflasterverbände lassen sich fehlerhafte Stellungen vermeiden.
Ewald-Hamburg.

85) **Krall.** Naturhistorisch-mediz. Verein in Heidelberg. 25. V. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 37.

Bei einem an multipler Tuberkulose leidenden Patienten entwickelte sich im Laufe von 10 Jahren infolge chronisch-lymphangitischer Prozesse, Narbendruck und dauernder Hängelage des Arms bei stumpfwinkliger Ellenbogenankylose eine Elephantiasis des Vorderarms und der Hand. Umfang des Vorderarms 64 cm. Therapie: Hochlagerung, Kompressionsverbände, Excochliation der die lymphangitischen Prozesse unterhaltenden lupösen Hautpartien.

Jordan hat einen ähnlichen Fall am Unterschenkel nach den genannten Prinzipien behandelt und erheblich gebessert. **Ewald**-Hamburg.



86) **Kirschner.** Medizin. Verein in Greifswald. 21. XI. 08.

Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 15.

Vorstellung einer Mutter mit ihren beiden Kindern, bei denen zahlreiche Syndaktylien bestanden, bei der Mutter nur zwischen den Zehen, bei den Kindern auch an den Fingern. Es handelt sich um eine — hier erbliche und anscheinend fortschreitende — Hemmungsmissbildung, „die auf Ausbleiben der ektodermalen, die mesodermale Handplatte trennenden Einstülpung im zweiten Embryonalmonat beruht. — Der Erfolg der operativen Behandlung (Nélaton) war kosmetisch und funktionell ideal. **Ewald**-Hamburg.

87) **Dreifuss.** Aerztl. Verein in Hamburg. 12. X. 09.

Demonstration eines jungen Mannes mit angeborenem Riesenwuchs des rechten Zeigefingers. Wie das Röntgenbild zeigt, sind auch die Phalangen hypertrophisch. Wegen Arbeitsbehinderung wird das Nagelglied des Zeigefingers exartikuliert und der Umfang des Fingers durch eine in der Längsrichtung verlaufende Keilexcision der Weichteile verringert.

Ewald-Hamburg.

88) **Gundert.** Aerztlicher Verein in Stuttgart. 2. XI. 08.

Deutsche med. Woch. 1909, 12.

Isolierte Durchtrennung eines Teils des ramus profundus nervi ulnaris.

Der Pat. stach sich mit dem Taschenmesser in den linken Kleinfingerballen und bemerkte sofort, dass er den dritten, vierten und fünften Finger nicht mehr recht bewegen konnte: Beugung der Grundphalanx unter gleichzeitiger Streckung der Mittel- und Endphalanx unmöglich. Spreizung der Finger unvollkommen. Sensibilität intakt. (Lähmung der interossei und lumbricales.) Versuch einer Nervennaht. Erfolg 3 Monate nach der Operation: fünfter Finger kann nahezu ganz gestreckt werden, Beweglichkeit des 3. und 4. Fingers noch nicht gebessert. **Ewald**-Hamburg.

89) **Bucciante** (Ancona). Un caso di crampo degli scrivani guarito con la cura alla Bier.

Società medico-chirurgica Anconitana. Seduta del 12 maggio 1909.

Ein Feldwebel der Bersaglieri litt an allen sonstigen Behandlungen trotzendem Schreibkrampf und trat deshalb im Januar des verflossenen Jahres in das Militärspital ein. Hier wurde der Pat. der Behandlung der Bierschen Staunngshyperämie unterzogen, indem ihm auf je ½ Stunde morgens und abends eine elastische Binde um die Mitte des Oberarmes gelegt wurde. Nach 20 Tagen war vollkommene Heilung erzielt. Es wäre dies der zweite Fall der Literatur, der erste gehört Hartenberg, der ähnlich ist und in dem ebenfalls Heilung erzielt warde. **Buccheri**-Palermo.

90) **Gayet.** Société de chir. de Lyon 24. 6. 9.

Revue de chir. 1909. 8.

Ein 32 jähriges Fräulein, das schon vor 6 Jahren an einer Salpingitis behandelt wurde, wies die Zeichen einer kompletten Lähmung der Beine auf. Völlige Unbeweglichkeit, Anaesthesie, Atrophie. Als Ursache erkannte G.

eine Retroversio uteri, nach deren Reduktion die Nervenleitung wieder hergestellt wurde, so dass Pat. nach 1 Monat wieder laufen konnte. Keine Hysterie. **Ewald**-Hamburg.

91) **Fr. de Beule** (Ghent). Hüftgelenksresektion mit Fixation des oberen Femurendes am Becken.

Zentralbl. f. Chir. 1909, 31.

Bei schwerer Coxitis reseziert de B. ausgibig Kopf, Hals und Pfanne. Um die Schlotterhüfte und die starke Verkürzung des Beins (10—30 cm!) zu vermeiden, frischt er die Tuberositas os. ischii an und fixiert das obere Femurende mittels einer langen silbernen Schraube am Sitzbein. An den Schraubenkopf wird ein langer Draht befestigt, mit dem später die Schraube entfernt werden kann. Drainage, Gipsverband um Becken, gesundes und krankes Bein. Das Operationsgebiet bleibt zum Verbinden frei. — Die Patienten gehen — „bei fester Vereinigung der Knochen" — sehr gut, fast ohne zu hinken.

Ewald-Hamburg.

92) **R. H. Harfe.** Chir. Akademie in Philadelphia. 1. III. 1909.

Revue de chir. 1909, 8.

H. stellt 3 Fälle vor, bei denen er wegen Hüftankylose eine Osteotomie des Femur vorgenommen hatte. Die Ursache der Hüftversteifung in Adduktion und starker Flexion war einmal tuberkulöse Coxitis, zweimal Arthritis nach Typhus. Durch die Osteotomie mit nachfolgender Extension in leichter Abduktion wurde in allen 3 Fällen ein gutes funktionelles Resultat erzielt. **Ewald**-Hamburg.

93) **Deutschländer.** Aerztlicher Verein, Hamburg 26, 10. 09

Hamburger Aerztekorrespondenz 09. 44.

Technik der blutigen Reposition bei angeborener Hüftverrenkung.

In Abweichung von der Ludloffschen Methode, die er früher geübt hat, macht D. jetzt einen genito-cruralen Querschnitt, der das Operationsgebiet breit zum Klaffen bringt und auf dem kürzesten Wege dicht am Beckenskelett zur Pfanne führt. Das lig. Bertini wird quer durchschnitten, so dass dann die Pfanne freiliegt, und alle Repositionshindernisse entfernt werden können. Gipsverband nach Einstellung des Oberschenkels in Abduktion von 45°, weil „nur so eine genügende Schrumpfung und Verkürzung des Lig. Bertini eintritt". Eine drei- bis vierwöchige Fixation genügt, dann beginnt die Nachbehandlung, die 6—8 Wochen dauert. Demonstration eines Falles von doppelseitiger Luxation, wo die eine Seite nach Reluxation des unblutig reponierten Kopfes blutig reponiert wurde. Resultat besser als auf der anderen, unblutig behandelten Seite, wo beträchtliches Hinken, trotz exakter Kopfeinstellung (Röntgenbild). Die Beweglichkeit in der vor ca. 1 Jahr blutig reponierten Hüfte ist vollkommen.

Ewald-Hamburg.

94) **Machol.** Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn 25. I. 09.

Deutsche med. Woch. 1909, 29.

Der demonstrierte 14j. Pat. hat, wie das Röntgenbild zweifellos feststellt, eine doppelseitige Coxa valga adolescentium. Vor 3/4 Jahren hat er



Schmerzen im rechten Oberschenkel und in der Hüfte gehabt, zur gleichen Zeit Hinken im rechten Bein. Der Befund ergab hochgradige Atrophie, Auswärtsrotation des rechten Beins, Knirschen in der Hüfte; Verlängerung des rechten Beins, Tieferstehen des Trochanter. Im Röntgenbild ist beiderseits eine Coxa valga und Anteversion des oberen Femurendes zu konstatieren. Die erkrankte rechte Seite weist darauf hin, dass es sich bei der Coxa valga nicht um einen anatomischen Zustand (Albert), sondern um ein Krankheitsbild handelt. Wie bei der Coxa vara liegt eine Erkrankung vor, die man am besten „Insufficientia coxae" bezeichnet, und die als Vorstufe der Arthritis deformans anzusehen ist. **Ewald**-Hamburg.

95) **Nicoletti, V.** (Rom). Duplice artrodesi per paralisi totale di tutto l'apparato locomotore dell'arto inferiore sinistro.

Accademia medica di Roma. Seduta 30 maggio 1909.

Redner stellt einen Patienten vor, bei dem er sich zur Vornahme der zweifachen Arthrodese entschlossen hat und zwar am Coxofemoral- und am Tibio-Astragalusgelenk auf der linken Seite. Der Grund zur Operation wurde geboten durch die schweren Gehstörungen infolge der fehlerhaften Stellung, die die linke Unterextremität nach einer vollständigen Paralyse durch Kinderlähmung (die wie gewöhnlich im zweiten Lebensjahr aufgetreten war) angenommen hatte.

Aus der am Tage vor dem ersten Eingriff ausgeführten Photographie und Radiographie ersieht man die schwere Deviation des Oberschenkels gegen das Becken in Aussenrotation und forzierter Abduktion und die obturatorische Subluxation des linken Coxofemoralgelenkes, die Flexion des Unterschenkel gegen den Oberschenkel in paralytischer Haltung und den Equinismus des entsprechenden Fusses.

Anstatt zur einfachen Tenotomie sämtlicher Abduktoren des Oberschenkels und zur darauffolgenden Anlegung eines grossen Protheseapparates zum Ersatz der Impotenz der Strecker und Beuger des Oberschenkels zu greifen, schritt Redner zunächst zu der Tenotomie der Fascia lata und des Rectus ant., sowie zur teilweisen Abtrennung der Glutaei vom grossen Trochanter und gleich darauf zur Inzision der Gelenkkapsel, zur Luxation des Femurkopfes, Dekortikation desselben, Schaffung einer neuen Knochenhöhle gegen die obere vordere Partie der fast verschwundenen Gelenkhöhle, und Einpassung des Femurkopfes in die neue Höhle. Die grosse Inzision wurde ausgiebig drainiert und die Extremität geeignet in einem gefensterten Gipsverband fixiert. Die Knochenfixierung erfolgte ohne Zwischenfälle und war vollständig.

Nach 3 Monaten half er der Deformität des Fusses gegen den Unterschenkel durch Tenotomie der Achillesssehne und die Arthrodese des Tibio-Fibulo- Astragalusgelenkes ab.

Gegenwärtig zeigt Pat., der erst seit ganz wenigen Tagen mit Gehübungen begonnen hat, die drei Segmente der linken Unterextremität ganz symmetrisch (als Stellung) mit denen der rechten und ist imstande, mit dem linken Bein aufzutreten, ohne die geringste Beschwerde zu empfinden. Die unvermeidliche Ungleichheit in der Länge der beiden Unterextremitäten wird durch Verwendung eines geeigneten orthopädischen Stiefels mit entsprechend dicker Sohle und der eventuelle Mangel an Stabilität des Kniegelenkes durch eine Kniebinde besonderer Konstruktion korrigiert werden.

Nicoletti hebt die Vorzüge der Anwendung der Arthrodese zum Ersatz der gewöhnlichen Tenomyotomien der retrahierten Muskeln besonders bei dem



Coxofemoralgelenk hervor. In der Tat verzichtet man bei Vornahme der Myotenotomien, wie sie die meisten Autoren bis heute bei totaler Lähmung des lokomotorischen Apparates einer Unterextremität gemacht haben, auf die Vorteile, welche der Statik die Rigidität des Coxofemuralgelenkes bieten kann, und macht den Patient zum Sklaven eines schweren oder wenigstens unbequemen Protheseapparates. Ueberdies wird durch Beweglichlassen des entsprechenden Kniegelenkes das Sitzen möglich und bequem gemacht mittelst der Flexion des Unterschenkels gegen den Oberschenkel, wenn der fixierte Oberschenkelknochen ausserhalb der Stuhlebene liegt. **Buccheri**-Palermo.

96) **Picqué**. Société de chir. de Paris. 28. VII. 09.
Revue de chir. 1909, 9.

Ein Infanterist verspürte nach einem anstrengenden Marsch einen lebhaften Schmerz an der Vorderseite des Oberschenkels. Hier entwickelte sich, dem grössten Teil des Musc. rectus femoris entsprechend, nicht ganz bis zur Spina iliaca inf. und zur Patella reichend, ein Tumor, und zwar, wie die Exstirpation ergab, ein Osteom des musculus rectus femoris, das aus „jungem Knochengewebe" bestand. P. hält den Prozess für eine Myositis ossificans. **Ewald**-Hamburg.

97) **Enderlen.** Würzburger Aerzteabend. 6. VI. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 30.

Bei einem 15 j. Mädchen musste wegen Fibrosarkoms der unteren Femur meta- und -epiphyse, der anliegenden Muskulatur und Gefässe das ganze Gebiet reseziert werden, inkl. Gelenkfläche. Resektion eines 8 cm langen Fibulastücks, Bolzung des Femur und der Tibia nach Entfernung des Knochenmarks. Vereinigung der Art. und Vena poplitea durch circuläre Gefässnaht, Hautnaht, Drainage. Der Unterschenkel war sofort rot und warm Sensibilität und Motilität intakt. **Ewald**-Hamburg.

98) **Slocker**. Mediz.- chir. Akademie in Spanien 22. 3. 09.
Revue de chir. 1909. 7.

Einem 24 jährigen Manne wurde mit einem Messer der nervus ischiadicus durchschnitten; Verlängerung des Nerven um 5 cm. und Naht mit Catgut. Einen Monat nach der Operation keine Besserung der sensiblen und motorischen Störungen. Vortr. glaubt nicht an die berichteten Schnellheilungen nach Nervennaht.

Arredondo hat einen Radialis gleich nach der Verletzung genäht. Nach 7 Monaten noch keine Besserung! **Ewald**-Hamburg.

99) **Chaput**. Société de Chir. de Paris 16. XII. 08.
Revue de Chir. 1909. 1.

Bei einem 18 jährigen Mädchen, bei dem seit 3 Jahren nach Fall von der Treppe ein Genu valgum und Luxation der Patella nach aussen bestand, wurde wegen der Beschwerden eine suprakondyläre Osteotomie gemacht und gleichzeitig die Quadricepssehne von ihrem Patellaransatz getrennt und nach innen transplantiert. Schmerzloses Gehen möglich.

Lucas-Championnière hat bei einer Patellaluxation ohne Genu valgum, wo er den Condyl ext. femoris atrophiert fand, den Condylus int. breit ausgehöhlt und dann in der Mulde die Patella fixiert. Sehr gute Funktion.



Dasselbe gute Resultat hat Kirmisson in zwei Fällen von angeborener Patellarluxation auf demselben Wege erreicht. **Ewald**-Hamburg.

100) **Martel und Montagard.** Société des sciences médicales de St. Etienne. Revne de chir. 1909. 8.

Vortr. haben bei einem 28 jährigen Mädchen, das seit 4 Monaten wegen einer Kniegelenkstuberkulose mit Jodoforminjektionen nach Calot's Methode behandelt war, eine Resektion des Kniegelenks vorgenommen, wobei sie in der Tibiaepiphyse einen grossen Knochensequester fanden. Sie sind trotzdem der Ueberzeugung, dass man gewöhnlich mit den Calotschen Injektionen gute Erfolge hat und sie solange anwenden soll, wie irgend möglich.

Ewald-Hamburg.

101) **Blencke.** Medizin. Gesellschaft zu Magdeburg. 11. III. 09. Münch. med. Woch. 1909. Nr. 30.

Ein 14 j. Knabe hatte, ohne Trauma erlitten zu haben, seit 2 Jahren Schmerzen an der linken Tibia, namentlich beim Kniebeugen: Apophysitis der Tibia. Klinische Verdickung, radiographische Ausbuchtung an der Apophyse und vor dieser ein freier, unregelmässig geformter, etwa linsengrosser Knochenschatten. Der Spalt war unregelmässig und breiter als auf der gesunden Seite. **Ewald**-Hamburg.

102) **Froelich.** Société de médecine de Nancy. Revue de chir. 1909, 9.

F. stellt ein sechsjähriges Mädchen vor, bei dem er wegen angeborener Unterschenkelpseudarthrose — eine Knochenperiostplastik gemacht hat. Das Fragment nahm er aus der gesunden Tibia. Nach 2 Monaten feste Vereinigung. Vorher waren alle mechanischen und operativen Mittel versucht worden. **Ewald**-Hamburg.

103) **Calamida** (Turin). Un caso di sarcoma a mieloplassi dell'estremità inferiore della tibia. (R. Accademia di medicina di Torino.) Seduta del 14. maggio 1909.

Calamida berichtet über einen Fall von konservativer Behandlung eines Myeloplaxensarkoms des unteren Endes der Tibia. Ersatz der resezierten Tibia durch Einpflanzung der Fibula in den Astragalus. Der Kranke genas und kann seit ½ Jahr seinen gewöhnlichen Beschäftigungen nachgehen.

Buccheri-Palermo.

104) **Hirschfeld.** Verein f. innere Medizin und Kinderheilkunde. 3. V. 09. Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 25.

Ein 25 j. starker Raucher, seit 15 Jahren Diabetiker, bekam im Laufe einiger Jahre Reissen in beiden Beinen, das sich nach längerem Gehen bemerkbar machte: Claudicatio intermittens (Dysbasia angiosklerotica). In der Ruhe schwanden die Schmerzen. Röntgenbilder ergeben Verkalkung der art. tibialis post. und ant. Prognose ist nicht so ungünstig, wie sie immer gemacht wurde: Gangrän im Ganzen sehr selten. Therapie: Diuretin.

Ewald-Hamburg.

105) **Rimann.** Medizinische Gesellschaft zu Leipzig. 9. III. 09. Münch. med. Woch. 1909. Nr. 29.

Durch Transmissionswelle wurde dem 39 j. Brauer ein Fuss „abgerissen", so dass die beiden Malleolen brachen, und der Fuss nur an den



hinteren Weichteilen hing. Da Art. tibial. ant. und post. erhalten, wird der Fuss reponiert und die Haut weitläufig genäht und drainiert. Gefensterter Gipsverband, 2 mal Inzision kleiner vereiterter Haematome. Heilung mit leidlich guter Beweglichkeit und guter Stellung. Am wichtigsten ist in solchen Fällen der Abfluss der Wundsekrete, daher Drainage (nicht Tamponade).

Ewald-Hamburg.

106) **Gangolphe.** Société de chir. de Lyon 24. 6. 09.

Revue de chir. 1909. 8.

Vorstellung eines Patienten, bei dem G. vor 13 Jahren die totale Tarsectomia post. gemacht hat. Wie die Röntgenbilder zeigen, hat sich kein Knochen neugebildet. Die Fibula berührt mit ihrem unteren Ende den Boden und trägt das ganze Körpergewicht. Der etwas umgebogene Malleolus bildet eine recht gute Ferse. Pat. geht gut in gewöhnlichem Stiefel.

Ewald-Hamburg.

107) **Vallas.** Société de chir. de Lyon. 27. V. (9.

Revue de chir. 1909, 7.

Demonstration eines jungen Mannes, bei dem V. vor 4 Jahren eine totale vordere Tarsektomie vorgenommen hatte. Der Fuss ist natürlich verkürzt, ist aber ohne jeden Apparat als Gehwerkzeug gut zu gebrauchen.

Ewald-Hamburg.

108) **Ménard.** Société de chir. de Lyon. 10. XII. 08.

Revue de chir. 1909, 1.

Ein 23j. Mann hatte sich beim Fussballspielen den Fuss verletzt und konnte seitdem nicht mehr ordentlich laufen. Das Röntgenbild ergab eine Volumsvermehrung der vorderen Fusswurzelknochen und Osteophytenbildungen: Arthropathia tabica. Später traten auch andere Tabessymptome auf.

Ewald-Hamburg.

109) **Destot.** Société de chir. 19. XI. 08.

Revue de Chir. 1909. 1.

Bei der Metatarsalgie kann man mehrere Formen unterscheiden: 1. durch Eigentümlichkeit des Fusses bedingte, 2. durch schlechtes Fusszeug hervorgerufene, 3. durch Muskel- und Bänderschwäche zustande gekommene. In allen Fällon helfen Metalleinlagen. **Ewald**-Hamburg.

---

komplizierte Frakturen. — 16) **Peyerl**, Heissluftbehandlung. — 17) **Jones**, Villöse Arthritis. — 18) **Wreden**, Chirurgische Tuberkulose. — 19) **Curdy**, Plastische Operationen. — 20) **Gorzawsky**, Aethernarkose per Rectum. — 21) **Sever**, Aceton im Urin. — 22) **Bade**, Orthopädischer Operationstisch. — 23) **Stretton**, Sterilisation der Haut. — 24) **Wentscher**, Asthma bronchiale und Emphysem. — 25) **v. Saar**, Radiographischer Nachweis. — 26) **Keith**, Angeborene Missbildungen. 27) **Hellpom**, Doppelseitige Halsrippe. 28) **Fränkel**, Mobilisierung des Brustkorbes. — 29) **Nathan**, Lateral Curvatur. — 30) **Lovett**, Behandlung der Skoliose. — 31) **Feiss**, Skoliosen. — 32) **Elmer**, Schwere Skoliosen. — 33) **v. Berenberg-Gossler**, Wirbelcarcinom. — 34) **Mayer**, Chondrosarkom. — 35) **Beck**, Traumatische Hämatomyelie. — 36) **Göbel**, Schultergelenkluxation. -- 37) **Codman**, Bursitis subacromialis. — 38) **Osterhaus**, Obstetricale paralysis. — 39) **Einsler**, Radialislähmungen. — 40) **Bracher**, Radiusköpfchenfrakturen. — 41) **Lucas-Championnière**, Radiusfraktur. — 42) **Hellpom**, Frakturen. — 43) **V. Putti**, Madelungsche Missbildung. — 44) **Gandler**, Rachitische Deformation. — 45) **Herwig**, Beiderseitige Spalthand. — 46) **Kirmisson**, Daumen mit drei Phalangen. — 47) **Palla**, Traumatische Sehnenverdickung. — 48) **Stern**, Abreissung der Sehne. — 49) **Le Fort**, Congénitale Atrophie. — 50) **Eisenreich**, Elephantiasis. — 51) **Forbes**, Femurhalsfraktur. — 52) **Davis**, Intracapsulare Fraktur. — 53) **Preiser**, Coxa valga congenita. — 54) **Josserand-Pervin**, Destruktionsluxation des Hüftgelenks. — 55) **Bec**, Ankylosenbehandlung. — 56) **Am Esch**, Lipoma arborescens. 57) **Little**, Knieankylosis. — 58) **Werndorff**, Korrektur der Kniegelenkankylose. — 59) **Rugh**, Kniegelenksresektion. — 60) **Lockwood**, Arthrotomie des Kniegelenks. —

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 61) **81. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg 19.—25. IX. 09.** — 62) **Neuber-Anschütz**, II. Tagung der Vereinigung nordwestd. Chir. zu Kiel 3. VII. 09. und 9. VII. 09. — 63) **Strohe**, Demonstration einer Missbildung. — 64) **Anschütz**, Ostitis fibrosa. — 65) **Konjetzny**, Anatomie und Pathogenese der Ostitis fibrosa. -- 66) **Ritter**, Multiple Knochenfrakturen. — 67) **Willems**, Operative Frakturbehandlung. — 68) **Maclewen**, Tuberkulöse Gelenke. — 69) **Thiéry**, Tumor albus. — 70) **Strauss**, Knochen- und Gelenk- sowie Weichteiltuberkulose. — 71) **Hepner**, Skoliose. — 72) **Enderlen**, Serratuslähmung. — 73) **Garavini**, Fehlen der musculi pectorales. — 74) **Stursberg**, Rudimentäre Schlüsselbeinentwicklung. — 75) **Delbet** und **Moquot**, Luxatio acromio-clavicularis. — 76) **Picqué**, Schlüsselbeinbruch. — 77) **Krüger**, Dermoid. — 78) **Läwen**, Knochenperiosttransplantation. — 79) **Mathews**, Fraktur des condylus ext. humeri. — 80) **Bossi**, Blutige Reposition des Humeruskopfes. — 81) **Silhol**, Ellenbogenverletzungen beim Kinde. — 82) **Froelich**, Volkmannsche ischämische Lähmung. — 83) **Tixier**, Vorderarmfraktur. — 84) **Strauss**, Eingekeilte Vorderarmbrüche. — 85) **Krall**, Elephantiasis des Vorderarms. — 86) **Kirschner**, Syndaktylien. — 87) **Dreifuss**, Angeborener Riesenwuchs. — 88) **Gundert**, Durchtrennung eines Teils des ramus profundus nervi ulnaris. — 89) **Bucciante**. Schreibkrampf. — 90) **Gayet**, Retroversio uteri. — 91) **Beule**, Hüftgelenksresektion. — 92) **Harfe**, Osteotomie des Femur. — 93) **Deutschländer**, Angeborene Hüftverrenkung. — 94) **Machol**, Doppelseitige Coxa valga adolescentium. — 95) **Nicoletti**, Zweifache Arthrodese. — 96) **Picqué**, Osteom des musculus rectus femoris. — 97) **Enderlen**, Fibrosarkom. — 98) **Slocker**, Durchschneidung des nervus ischiadicus. — 99) **Chaput**, Genu valgum. — **Lucas-Championnière**, Patellaluxation ohne genu valgum. — 100) **Martel und Montagard**, Resektion des Kniegelenks. — 101) **Blencke**, Apophysitis der Tibia. — 102) **Froelich**, Angeborene Unterschenkelpseudarthrose. — 103) **Calamida**, Myeloplaxensarkom. — 104) **Hirschfeld**, Claudicatio intermittens. — 105) **Rimann**, „Abgerissener Fuss". — 106) **Gangolphe**, Totale Tarsectomia post. — 107) **Vallas**, Totale vordere Tarsektomie. — 108) **Ménard**, Arthropathia tabica. — 109) **Destot**, Metatarsalgie. — **Tagesnachrichten und Personalien.**

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 7, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **Februar 1910.** **Heft 2.**

1) **Chrysopathes** (Athen). Beitrag zu den intrauterin entstehenden Frakturen resp. Knochenverbiegungen.

Zeitschr. für orthop. Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S. 150.

Unter 4 Geschwistern waren bei dreien Verbiegungen der Extremitäten bei der Geburt festgestellt worden. Bei dem einen Kinde, welches Ch. untersuchen konnte, waren beide Arme und Beine bogenförmig gekrümmt, Unterschenkel und Unterarme scharfwinklig geknickt. Ueber den Knickungsstellen befanden sich Einziehungen der Haut, ausserdem bestanden Beugekontrakturen mehrerer Gelenke spec. der Kniee und der Ellenbogen. Verfasser glaubt, dass es sich um eine intrauterin abgelaufene Knochenaffektion handle nach Art der Osteogenesis imperfecta resp. der Osteopsathyrosis, die ihren Grund in einer Erschöpfung des mütterlichen Organismus haben dürfte. Ein Nachgeben resp. Frakturieren des Knochens wird unter diesen Umständen an den am meisten dem Druck ausgesetzten Punkten, Unterschenkel und Unterarm erfolgen. Jedenfalls sind die Veränderungen auf eine sehr frühe Zeit des Embryonallebens zurückzuführen. Die Hautveränderungen glaubt Ch. am ersten aus der Reizung der Cutis durch die Bruchenden erklären zu können, oder auch dadurch, dass dieser Reiz eine Verklebung der Haut mit dem Ammnion hervorgerufen habe und dass die Einziehungen der Haut die Ueberbleibsel amniotischer Fäden darstellen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

2) **H. Eckstein** (Berlin). Ein eigenartiger Fall von Achondroplasie (Chondrodystrophia foetalis.)

Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 23.

Das 9jährige Mädchen hatte 9 gesunde Geschwister, dagegen



starb ein Bruder mit 17, einer mit 27 Jahren, die, wie sie selber, seit der Geburt mit derselben Krankheit behaftet waren. Körper entspricht etwa der Grösse einer Zweijährigen, Rücken stark kyphotisch zusammengefallen, Zähne spitz, Zunge vergrössert und gefurcht, Pectus carinatum. Extremitäten auffallend kurz, Handgelenke sehr schlaff, 1—2 cm zu distrahieren, starke Genua valga. Intelligenz normal. — Da Rachitis, Osteopsathyrosis, Osteogenesis imperfecta, Myxoedem und Lues auszuschliessen, hält Verf. das Leiden für eine Achondroplasie. Therapie: Korsett, Beelysche Schiene für die Beine, Schienenhülsenapparat für die Vorderarme.

Ewald-Hamburg.

3) **v. Aberle** (Wien). Ueber einen eigentümlichen Knochen- und Gelenkprozess.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 134.

Bei einem 40jährigen Manne hatte sich im 24. Lebensjahr eine Affektion des r. Ellenbogengelenks, die ca. 1 Jahr dauerte und nach einer Pause von 15 Jahren eine gleichartige Erkrankung des r. Handgelenks eingestellt. Klinisch äusserte sich der Prozess in Schwellung der Gelenke, Schmerzhaftigkeit und Bewegungsstörung. Die Röntgenuntersuchung ergab eine Destruktion des unteren Ulnaendes und eines Teiles der unteren Radiusepiphyse. Die Ulna war am unteren Ende überhaupt verschwunden. Auch das obere Ende der Ulna war zerstört, sodass der untere Humerusabschnitt wie in die Ulna hineingetrieben erschien, während der relativ zu lange Radius nach oben zu luxiert war. An der Ulna bestanden auch Osteophytenbildungen. Unter Hinanziehung eines von Garrè-Bonn in der Nouvelle Jconographie de la Salpêtrière veröffentlichten Falles, bei dem in ähnlicher Weise der Carpus und auch die benachbarten Gelenkteile verschwunden waren, glaubt Verf. annehmen zu müssen, dass es sich um eine trophoneurotische Störung ohne nachweisbares Rückenmarksleiden handele. Lues will v. A. aber nicht ganz ausschliessen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

4) **Legros** (Paris). Contribution radiographique à l'étude de quelques maladies deformantes des os. (Radiographischer Beitrag zum Studium einiger Erkrankungen, die zu Deformierungen der Knochen führen.

Annales de chirurgie et de l'orthopédie Bd. 22. Nr. 1. S. 11.

L. hat seine Untersuchungen an Knochenpräparaten vorgenommen. Die Pagetsche Krankheit zeigt grosse Unregelmässigkeiten in der



Anordnung der Knochenbälkchen und auffallende Ungleichheit in der Dicke der Kortikalis an verschiedenen Stellen, während die hereditäre Syphilis eine mehr gleichmässige Verdickung der Kortikalis an einer Seite des Knochens und regelmässige Anordnung der Trabekeln aufweist. Bei der Osteomalazie sieht man eine erhebliche Aufhellung der Epiphysen, wobei auch der zentrale Teil der Diaphyse keine deutlichen Bälkchen aufweist und abgesehen von einigen sklerosierten Partien, die wiederum Hohlräume in sich schliessen, stark aufgehellt ist. Rachitis zeigt abgesehen von Vertiefungen eine Verdickung der Kortikalis und im Zentrum eine rarefizierende Ostitis. Die Epiphysen verhalten sich wie beim normalen Knochen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

5) **Denis G. Zesas.** Zu den Osteoarthropathien bei Lungentuberkulose.

Mediz. Klin. 1909. 39.

Ein an Lungentuberkulose und Pleuritis leidender Mann, dessen Leiden sich absatzweise besserte und wieder verschlimmerte, bekam mit jedem neuen Schub eine schmerzhafte Anschwellung eines Kniegelenks, die nach dem Anfall wieder teilweise zurückging. Später trat noch eine Anschwellung eines Radius hinzu. Z. meint, dass während der Verschlimmerung des Lungenprozesses eine grössere Menge von Tuberkelbazillen oder deren Toxin im Körper kreisen, die die Gewebe an einigen Stellen schädigen können, ohne doch tiefergreifende Veränderungen hervorzurufen.

Ewald-Hamburg.

6) **Estor** (Montpellier). De la nature du rachitisme tardif.

(Ueber das Wesen der Spätrachitis.)

Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 22, Nr. 4, S. 111.

E. bespricht die verschiedenen Theorien über das Wesen der sogenannten Spätrachitis. Dass es sich um eine wirkliche Rachitis handele, erscheint ihm unglaubhaft, da die Erscheinungen der kindlichen Rachitis auf Allgemeinbehandlung zurückgehen, die des Jugendalters dagegen nicht. Eine Entstehung von Extremitätenverbiegung durch Infektion mit Staphylokokken oder Tuberkelbazillen ist für einzelne Fälle nachgewiesen. Dass es sich um eine Form der Osteomalazie handeln könne, ist nach des Verf. Ansicht längst widerlegt. E. selbst steht auf dem Standpunkt, dass derartige Leiden (Genu valgum und varum, Skoliose, Plattfuss und Madelungsche Deformität) kongenitaler Natur seien. Als Beweis führt er an, dass eine gewisse Anzahl derartiger Erkrankungen spez. die



Madelungsche Deformität bereits in frühester Jugend bestehen, dass ferner die Erblichkeit bei Skoliose und Madelungscher Deformität eine grosse Rolle spiele. Ausserdem seien manche Leiden (wie Genu valgum und Madelung) nur eine Uebertreibung des normalen Zustandes. Auch das beiderseitige symetrische Auftreten dieser Deformitäten spreche für die kongenitale Entstehung.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

7) **G. Axhausen** (Berlin). Das Wesen des osteomalazischen Knochenprozesses.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 25.

Meist hat jetzt die Anschauung v. Recklinghausens Gültigkeit bei Pathologen und Chirurgen, dass das Wesentliche des osteomalazischen Knochenprozesses in einer Halisterese (Entkalkung fertiger Knochen) besteht. v. Recklinghausen gründete diese Auffassung auf histologische Beobachtungen (Auftreten von Gitterfiguren an der Grenze von kalkhaltigem und entkalktem Gewebe). Wie A. nachweisen konnte, ist das Auftreten von Gitterfiguren dem kalklosen Gewebe überhaupt eigen, weshalb es keine Besonderheit darstellt, weshalb also die Folgerungen Recklinghausens fallengelassen werden müssen. Demnach besteht die Auffassung vorläufig zu recht, dass der osteomalazische und rachitische Prozess identisch ist, dass es sich also um eine Nichtverkalkung resp. verzögerte Verkalkung des neugebildeten Knochens handelt. Von den Haversschen Kanälen aus erfolgt die Resorption in regelrechtem Abbau, dagegen ist die Apposition insofern gestört, als sie spät, unvollkommen und an unrechter Stelle erfolgt und das neuangesetzte Knochengewebe nicht verkalkt. Jedenfalls sind viele Belastungsdeformitäten auf diese Störungen zurückzuführen. Im letzten Grunde handelt es sich um krankhafte Veränderungen der inneren Sekretion der Geschlechtsdrüsen, der Schilddrüse und der Hypophyse.

Ewald-Hamburg.

8) **Lannois.** Contribution à l'étude des dystrophies du cartilage de conjugaison. La maladie exostosique.

Beitrag zur Frage der Dystrophien des Epiphysenknorpels. Erkrankung mit Exostosenbildung.

Annales de chirurgie et d'orthopédie. Bd. 22. Nr. 3. S. 79.

Diese seltene Erkrankung spielt sich an der Grenze der Epiphyse und Diaphyse ab. Die Exostosen treten in den meisten Fällen massenhaft auf und zwar an den Extremitäten und am Rumpf, die Kopfknochen bleiben frei. Die Exostosen, die bereits in frühester



Jugend auftreten, zeigen mikroskopisch den Bau normaler Knochensubstanz. Familiäres Auftreten ist vielfach beobachtet. Möglicherweise ist das Virus der Tuberkulose die Ursache für die Enstehung der Exostosen, die nicht nur beim Menschen, sondern auch bei Tieren festgestellt werden konnten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

9) **Riedinger** (Würzburg). Ueber Veränderungen an Kaninchenextremitäten nach Durchschneidung des Intermediärknorpels.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 117.

R. hat an 6—8 Wochen alten Kaninchen die Epiphyse am unteren Ende der Ulna mit einem Meissel durchtrennt, um die Reparationsvorgänge spez. die Frage der Störung des Längenwachstums der Knochen genauer zu untersuchen. Er fand in allen Fällen eine Störung des Längenwachstums und zwar schon vom 22. Tage ab. Ausser der Verkürzung der Ulna entwickelte sich eine Curvatur des Radius, da dieser im Gegensatz zur Ulna weiterwuchs. Sowohl makroskopisch wie mikroskopisch erinnerten die Störungen in der Epiphysenlinie sowie die Heilungsvorgänge an die Vorgänge bei Rachitis. Eine Schlussfolgerung auf die Verhältnisse beim Menschen will R. nicht ohne weiteres ziehen, weil die lange Dauer des Knochenwachstums für den Ausgleich der Epiphysenschädigung viel vorteilhafter ist wie die kurze Wachstumsperiode beim Kaninchen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

10) **Cramer** (Köln). Ueber Heilung der Wunden des Gelenkknorpels.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 172.

C. bespricht die verschiedenen sich recht widersprechenden Untersuchungsergebnisse über Heilung von Knorpelwunden sowohl beim Faserknorpel als auch beim hyalinen Knorpel der Gelenke. Seine eigenen Versuche beziehen sich auf den Kniegelenksknorpel bei Kaninchen. Die Untersuchungen fanden 3 bis 98 Tage nach der Verletzung statt. Bei aseptischem Verlauf liess sich auch nach 2—3 Monaten keine Heilung der Knorpelwunde und keine Regeneration des Knorpels feststellen. Wurde der Knochen mitverletzt, so wucherte aus den Knochen gefässhaltiges Bindegewebe in die Knorpelverletzung hinein und überdeckte den Defekt. Eine Umwandlung in Knorpelgewebe fand auch hierbei nicht statt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



11) **Axhausen.** Ueber den Vorgang partieller Sequestrierung transplantierten Knochengewebes, nebst neuen histologischen Untersuchungen über Knochentransplantation am Menschen.

Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 89, Heft 2.

Bei einem Fall von plastischem Ersatz des oberen Humerusendes durch einen frisch entnommenen periostgedeckten Mittelfussknochen desselben Individuums trat infolge einer milden Infektion eine partielle Sequestrierung des implantierten Knochens ein, während der übrige Knochen zur festen Einheilung kam. 82 Tage nach der Transplantation war Verf. in der Lage, den eingeheilten Knochen histologisch zu untersuchen. Es fand sich, dass das transplantierte Knochenstück in ganzer Ausdehnung abgestorben war, während das Periost zum grössten Teil am Leben geblieben ist und zu reichlicher Knochenbildung geführt hat, ebenso sind vom Markgewebe Partien in den Bezirken erhalten geblieben, wo eine schnelle Vereinigung mit der Umgebung möglich war; hier findet sich reichliche myelogene Kallusbildung. Vom erhaltenen Periost und Markgewebe aus tritt ein Ersatz des abgestorbenen Knochens durch neugebildeten, lebenden Knochen auf dem Wege der aufeinander folgenden lacunären Resorption und Apposition auf. An der Uebergangsstelle vom überpflanzten Knochen zum Humerus ist reichliche Kallusbildung auch vom überpflanzten Knochen ausgegangen. — Interessant ist besonders die Tatsache an diesem Fall, dass im Verlaufe einer milden Infektion es nicht zu einer totalen Sequestrierung des völlig nekrotischen Knochen kam, sondern nur zu einer partiellen. A. meint, dass auch in sonstigen Fällen die Sequestrierung nicht an der Grenze zwischen totem und lebendem Anteil des Knochens erfolgt, sondern innerhalb des nekrotischen Anteils in der Weise, dass der übrige Teil des nekrotischen Knochens von lebendem durchwachsen wird und so dem Organismus erhalten bleibt. Deshalb ist bei der freien Osteoplastik die Transplantation des artgleichen, periostgedeckten Knochens am meisten zu empfehlen, spez. in Fällen, wo eine ideale Wundasepsis gefährdet ist.

Meyer-Heidelberg.

12) **Devraiugne.** L'ostéomyélite aigne chez le nouveau-né. (Akute Osteomyelitis beim Neugeborenen.)

Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 22, Nr. 1, S. 14.

Das Vorkommen akuter Osteomyelitis bei Neugeborenen ist nicht so sehr selten. Die Infektion kann bereits intrauterin oder



während und im Anschluss an die Geburt erfolgen. Im Gegensatz zu der Erkrankung der Adoleszenten sind häufig die platten Knochen befallen. Auch Multiplizität der Heerde wird oft beobachtet, in dem D.schen Falle waren allein 8 vorhanden. Das Hüftgelenk zeigt eine besondere Praedilektion für die Erkrankung. Streptokokken und Pneumokokken sind am häufigsten, nicht selten Mischinfektionen der verschiedenen Eiterbakterien. Der Verlauf ist im allgemeinen ein akuter, chronische Formen kommen kaum vor. Auffallend ist die grosse Neigung zur Einschmelzung der Gewebe, sodass es nicht zur Sequesterbildung kommt. Die Prognose ist nach dem Alter des Kindes und der Ausdehnung des Prozesses verschieden. Als Komplikation wird Bronchopneumonie sehr oft beobachtet. Die Vernarbung erfolgt relativ rasch, und eine Versteifung der befallenen Gelenke tritt niemals ein.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

13) **H. Landwehr.** Purpura haemorrhagica fulminans mit Nekrosenbildung. Ausgang in Heilung.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 30.

Einige Tage nach der Operation einer Coxa vara (subtrochantere Osteotomie) traten unter leichter Temperatursteigerung und Schmerzen punktförmige Blutungen an Fussrücken und Streckseite der Vorderarme und Hände auf, die sich zu Extravasaten unter derber schmerzhafter Infiltration der darunterliegenden Haut vereinigen. Schliesslich kommt es zu Blasenbildungen, die auch auf die Hohlhand übergreifen. Im Inhalt der Blasen finden sich reichlich Streptokokken. In der Folge stellten sich auch Blutungen im Gesicht, Unter- und Oberschenkel ein, ferner unter Somnolenz und Herzschwäche Oedem der linken Stirnhälfte und des Schädeldaches. Der Gipsverband wurde entfernt, aus der Osteotomiewunde entleerte sich wenig blutig-serös-eitrige Flüssigkeit. — Aspirin, Digalen, Kollargolinjektionen. Nach cr. 4 Wochen war eine Gangrän der Daumenspitze eingetreten, so dass das Nagelglied exartikuliert werden musste, die nekrotisch gewordene Haut auf den beiden Handrücken hatte sich abgestossen, so dass rechts sogar die Strecksehnen freilagen. Transplantation nach Thiersch misslang, sehr langsame Ueberhäutung. Die Finger rechts daher bei der Entlassung in Streckkontraktur im Grundgelenk. — Bezüglich Diagnose und Therapie herrschte bei Chirurgen und Dermatologen eine ziemliche Ratlosigkeit.

Ewald-Hamburg.



14) **R. v. Jaksch** (Prag). Ueber multiple, akute Periostitis.
Mediz. Klin. 1909. Nr. 16.

Wie es eine chronische multiple Periostitis gibt, die mit Milztumor und Myelocythämie einhergeht und ungünstig verläuft, so existieren auch akute Formen, die bisher immer mit dem akuten Gelenkrheumatismus verwechselt wurden. Genauer Bericht über einen Fall, in dem unter Fieber, Schwellungen und Schmerzen an Armen und Beinen sich das Periost beider Vorderarmknochen sowie einer Fibula verdickte, wie an Röntgenbildern nachweisbar war. Die bekannten Rheumatika versagten völlig. Interessant war der Blutbefund: beträchtliche polynukleäre Eosinophilie und Leukozytose. Nach einigen Wochen verschwanden sowohl die Knochenanomalien im Röntgenbild als auch die subjektiven Beschwerden sowie die Blutveränderungen. Ewald-Hamburg.

15) **Freund.** Chronischer Gelenkrheumatismus und Gicht.
Ein Beitrag zur Differentialdiagnose.
Diss. Leipzig 1909.

F. berichtet über einen Fall von einer chronischen Arthritis, bei dem ein ausgedehnter Kalk- Phosphorstoffwechselversuch durchgeführt wurde. Er kommt auf Grund der vorgenommenen Untersuchungen zu der Ansicht, dass bei der Arthritis deformans die Neigung zur Kalk- und Magnesiumretention besteht und dass diese Retention in Zusammenhang mit abnormen Ossifikationsprozessen in den erkrankten Gelenken zu bringen ist. In dieser Beziehung dürfte ein weiterer Gegensatz bei der chronischen Arthritis deformans zum Verhalten bei der Gicht, deren Salzstoffwechsel sich in anfallsfreien Perioden normal verhält, gegeben sein.

Blencke-Magdeburg.

16) **Barbier.** Notes sur les erreurs de diagnostic que peuvent causer les artropathies dues au rhumatisme et à la syphilis héréditaire chez les enfants soupconnés à tort de tumeurs blanches au début.

(Ueber diagnostische Irrtümer, durch rheumatische oder syphilitische Gelenkerkrankungen bei Kindern, die beginnender Gelenktuberkulose verdächtig erscheinen.)

Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 22, Nr. 2 u. 3, S. 43 u. S. 76.

B. macht darauf aufmerksam, dass keineswegs alle monartikulären Leiden tuberkulöser Natur zu sein brauchen, sondern dass Rheumatismus und Lues durchaus ähnliche Bilder geben können. Von den 3 Fällen, die er anführt, war der erste als Fungus genu



angesprochen worden, während B. selbst auf Grund einer zugleich vorhandenen Perikarditis die Diagnose Rheumatismus stellte. Die daraufhin angewandte Salizyltherapie führte denn auch baldige und definitive Heilung herbei. Bei einem zweiten Patienten mit doppelseitiger Knieaffektion führten andere Affektionen (Keratitis und Iritis sowie Knochenerscheinungen) zu der Diagnose Lues, welche durch den Erfolg der Therapie (Quecksilbersalbe) bestätigt wurde. Der dritte Fall wurde unter Meningitis-ähnlichen Erscheinungen eingeliefert, doch zeigte längere Beobachtung, dass es sich um eine Erkrankung der Halswirbelsäule handelte, die wegen anderweitiger Symptome als luetisch angesprochen werden musste. Die angewandte Therapie (Quecksilbereinreibungen) führte zur Heilung der Affektion. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

17) **J. Heckmann** (New-York). Zur Aetiologie der Arthritis deformans.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 31.

H. unterscheidet eine monartikuläre und polyartikuläre Form. Eine zirkumskripte Form der Arthr. def. im humero-radialen Teil des Ellenbogengelenks hat H. nur bei Luetikern gesehen, und zwar im frühen oder späten tertiären Stadium. Antiluetische Behandlung führte im Frühstadium auffallend schnell zur vollständigen restitutio ad integrum. Weitere Beobachtungen führten H. zu dem Schluss, „dass nicht nur die monartikuläre Form der Arth. def., sondern auch ein grosser Prozentsatz der polyartikulären Form auf luetischer Basis beruht.“ Es standen H. 4 Fälle von monartikulärer, 11 Fälle von polyartikulärer Arth. def. zur Verfügung, männliche und weibliche Patienten im Alter von 22—56 Jahren; Wassermann immer positiv. In den monartikulären Fällen (Ellenbogen, Knie, Hüfte) wurde die Infektion immer zugegeben, in den polyartikulären nicht, da es sich 9 mal um Frauen handelte. Doch wurden hier häufig in der Anamnese Allgemein- und Lokalsymptome beschrieben, die auf Lues deuteten; achtmal wurde auch eine ererbte rheumatische Disposition gefunden.

H. schliesst folgendermassen:

Die monartikuläre Form der A. d. (wenigstens die nicht senile) fasst er als eine Arthritis auf, die gewöhnlich mittelbar durch ein Trauma hervorgerufen ist, deren tiefere Grundursache jedoch die konstitutionelle Lues ist. Die Lues ist dafür verantwortlich, dass die Kontusion des Gelenkes und die darauffolgende Synovitis



nicht wie gewöhnlich ausheilt, sondern zu der typischen Arthritis def. führt.

Für die Polyarthritis deformans sind zwei Momente verantwortlich: die rheumatische Disposition und die Lues. In einem bedeutenden Prozentsatz der Fälle handelt es sich um einen akuten, in die chronische Form übergegangenen Gelenkrheumatismus beim Luetiker. Auch hier ist die konstitutionelle Syphilis schuld, dass die rheumatische Affektion nicht ausheilt. **Ewald**-Hamburg.

18) **Schawlou** (Riga). Ueber die Behandlung schwerer Arthritiden.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 14. S. 621.

Sch. teilt die Arthritiden ein in 1. Gelenkrheumatismus, 2. Arthritis deformans, 3. Polyarthritis progressiva und gornorrhoica und 4. traumatische Arthritis und Gicht. Während bei Gelenkrheumatismus durch Schwefelbäder Heilung erzielt wurde, blieb diese Therapie bei den anderen Formen wirkungslos. Verfass. hat deshalb diese Behandlungsweise mit intramuskulären Injektionen von Fibrolysin kombiniert und gute Frfolge erzielt. Sechs Krankengeschichten verschiedener Arthritisformen illustrieren die Angaben näher. Die Wirkung beruht auf der lymphagogen, hyperämisierenden Eigenschaft des Fibrolysins, die sich am Locus minoris resistentiae, dem erkrankten Gelenk, vorzugsweise äussert.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

19) **Geissler.** Ueber symmetrische Gangrän der Extremitäten, (Raynaudsche Krankheit.)

Deutsche Militärärztl. Zeitschr. Heft 15, 09.

Die Krankheit begann bei dem 30jährigen Manne, der dem Soldatenstande angehörte, unter starken Schmerzen mit einer lokalen Asphyxie des r. Zeige- und Mittelfingers. Die Finger wurden weiss und verloren das Gefühl. Allmählich bildeten sich an den Fingerspitzen und über dem Mittelgelenk an der Rückseite beider Mittelfinger kleine Hauteintrocknungen. Es traten Sensibilitätsstörungen im Gesicht auf. An verschiedenen anderen Fingern bildeten sich im Laufe der Zeit höckrige Hautwucherungen von brauner Farbe, die an 2 Fingern später brandig zerfielen. Häufige Cyanose der Finger, spez. nach Baden. Auch am Hacken und an den Zehen trat lokale Asphyxie auf. Die Finger schwollen sämtlich an und wurden schwer beweglich. Bei der Untersuchung wird über Schmerzen in den befallenen Gliedern geklagt. Im Laufe der Behandlung



wurde zeitweise auch eine Asphyxie an den Ohrmuscheln, die unter heftigen Schmerzen auftrat, beobachtet. Der Pat. war von psychopathischer Konstitution, die nach Verf. Ansicht ätiologisch wichtig ist.

Meyer-Heidelberg.

20) **Böcker** (Berlin). Zur Frage der Entstehung und Behandlung der Myositis ossificans traumatica.

Zeitschr. für orthopädische Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S 106.

B. unterscheidet die multipel auftretende Myositis ossificans progressiva, ferner die circumscripte Form, welche durch ein chronisches Trauma zustande kommt (Reitknochen) und die isolierte Entstehung durch ein einmaliges heftiges Trauma. Speziell das Auftreten im Quadrizeps nach starker Kontusion oder im Brachialis nach Ellenbogenluxation wird häufig beobachtet. Auch bei dem von B. beschriebenen Falle handelte es sich um eine Verknöcherung in der Nachbarschaft des Ellenbogengelenks, welche die Gelenkkapsel und den Brachialis internus betraf. Verf. glaubt nach dem Röntgenbilde eine Entstehung vom Periost, nicht vom Muskelbindegewebe aus annehmen zu müssen. Therapeutisch gibt B. an, dass man meistens mit unblutiger Behandlung durch physikalische und mechanische Mittel auskomme. Ein etwaiger operativer Eingriff soll erst dann vorgenommen werden, wenn im Wachstum des Knochens ein Stillstand eingetreten ist.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

21) **R. Bing** (Basel). Ueber alkoholistische Muskelveränderungen.

Med. Klinik. 1909. Nr. 17.

Ausser der Polyneuritis alcoholica gibt es eine Polymyositis, die völlig für sich ohne Nervenerkrankung vorkommt. Klinisch findet sich im akuten Stadium Myalgie, manchmal über den erkrankten Muskeln bretthartes Oedem. Im chronischen Stadium kommt es zunächst zur Volumzunahme der Muskulatur, später zur Atrophie. — Mitteilung eines Falles, der nicht nur klinisch, sondern da er an chronischer Nephritis und Myodegeneratio cordis zu grunde ging, auch pathologisch untersucht werden konnte. Die Muskelveränderungen hatten sich erst in den 6 letzten Monaten seines Lebens entwickelt: Verhärtung und Schrumpfung, die z. B. am Biceps so stark war, dass der Arm im Ellenbogen nicht über einen rechten Winkel gestreckt werden konnte. Andere Armmuskeln ausser Pektoralis, Latissimus und Deltoideus blieben frei. Die befallenen Muskeln zeigten bei der Autopsie ein trübgelbliches Kolorit,



an einzelnen Stellen gelbe Flecken. Nebenbei fand sich eine Neuritis multiplex. Histologisch fand sich an frischen Stellen interstitielle Rundzelleninfiltration, an älteren voluminöse Zunahme der interfibrillären Zwischensubstanz, die die Muskelfibrillen weit auseinandergedrängt hat.

Ewald-Hamburg.

22) **Max Berliner.** Zur Prognose der Poliomyelitis anterior acuta.

Wien. klin. Woch. Nr. 21.

Auf Grund eigener Erfahrung, Verf. verfügt über vierzehn klinisch beobachtete Fälle, sowie nach den Angaben anderer Autoren tritt ein letaler Ausgang der Erkrankung nie später als in den ersten vierzehn Krankheitstagen ein. Deshalb kann nach Ablauf dieser Zeit die Prognose quoad vitam mit einiger Sicherheit günstig gestellt werden. Quoad sanationem ist sie selbst bei ausgebreiteten Lähmungen nicht allzuschlecht. Berliner sah von lange fortgesetzter Anwendung des galvanischen Stromes befriedigende Erfolge.

Spitzy-Graz.

23) **L. E. La Fétra** (New-York). Early symptoms in sixty-three cases of the recent epidemie of anterior poliomyelitis.

Arch. of Pediatrics. 1909. 5.

Im Beginn der Erkrankung konnte 25 mal Erbrechen festgestellt werden, Obstipation in 14, Diarrhoe in 17 Fällen, Fieber in 52 Fällen, Delirium nur 2 mal, Konvulsionen bei 4 Patienten, Nackensteifigkeit 11 mal, Schmerzen in den befallenen Gliedern 32 mal. Die Lähmung war 58 mal schlaff, 5 mal spastisch; sie trat in 24 Fällen schon am ersten Tage der Erkrankung auf.

Ewald-Hamburg.

24) **H. Koplik** (New-York). Acute poliomyelitis (an epidemie).

Arch. of Pediatrics. 1909, 5.

1200 Fälle von Poliomyelitis waren im Sommer 1908 in New-York gemeldet worden. Eine Anzahl von Kindern erkrankte mit meningealen Erscheinungen, andere mit Symptomen der Bulbärparalyse, bei anderen waren die 4 Extremitäten gelähmt, bei anderen wieder traten die neuritischen Erscheinungen in den Vordergrund, woran sich allmählich die Lähmung einer Extremität anschloss. Bei anderen war ein Arm oder Bein über Nacht paralytisch geworden, ohne dass das Allgemeinbefinden gelitten hatte. Der Ausgang war bei den meningealen und neuritischen Formen oft die komplette Heilung, manchmal auch bei den Formen mit



reiner Lähmung. In anderen Fällen überraschte bei den bleibenden Lähmungen die Rapidität der Muskelatrophie (2—3 Wochen). Ueber die Natur des Infektionserregers und den Weg, auf welchem er zum Zentralnervensystem gelangt, ist nichts Bestimmtes zu sagen. Die Behandlung erscheint wenigstens im akuten Stadium machtlos.

Ewald-Hamburg.

25) **M. Turnowsky.** Paralysis dolorosa transitoria infantum.

Wien. klin. Woch. Nr. 28.

Mehrere Krankengeschichten aus der Praxis des Verfassers. Stets handelt es sich um eine plötzlich entstandene Lähmung einer Extremität bei kleinen Kindern verbunden mit heftigen Schmerzäusserungen beim Versuch passiver Bewegungen. Fehlen sonstiger Krankheitserscheinungen. Heilung binnen wenigen Tagen. Turnowsky glaubt an eine Erkrankung sui generis, vielleicht verursacht durch ganz geringfügige Dislokationen in Gelenken. Er bringt ausführliche kritisch gesichtete Literaturnachweise.

Spitzy-Graz.

26) **Jendrassitz** (Budapest). Gibt es heilbare Fälle von Dystrophie?

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 19. S. 830.

J. glaubt auf Grundlage zweier von ihm beobachteter Fälle ebenso wie Marina und Erb die Frage nach der Heilbarkeit partieller dystrophischer Lähmungen bejahen zu müssen. In dem einen Fall bestanden bereits Kontrakturen, während der andere nur Atrophie und Schwäche der Muskulatur zeigte. Bei beiden Pat. trat die Besserung in der Entwicklungsperiode ein. Verf. glaubt, dass die Grundlage dieses Leidens in einer ungenügenden Entwicklungskraft einzelner Elemente zu suchen sei, und dass ebenso wie im allgemeinen eine weitere Entartung zur Zeit der Pubertät bei dieser Erkrankung eintrete, so auch bei vereinzelten Fällen eine hervorragend intensive Entwicklung in dieser Zeit die zu schwachen Elemente günstig beeinflussen könne und dadurch eine Besserung herbeizuführen im Stande sei.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

27) **A. Stern** (Berlin). Sensibilitätsstörungen und Heissluftbehandlung.

Mediz. Klin. 1909. 36.

3 Fälle von Sensibilitätsstörungen (nach Fall auf die Schulter,

wobei gleichzeitig Humerusluxation und Abbruch des Acromion, bei Syringomyelie, wobei gleichzeitig Arthropathie im Schultergelenk, und bei Neuritis der Handäste des Nervus medianus und ulnaris, hervorgerufen durch ein Druckgeschwür, das ein Verband wegen Radiusfraktur erzeugt hatte). Immer war durch Anwendung der Heissluftapparate infolge der Gefühllosigkeit eine schwere Verbrennung, 2 mal an der Schulter, 1 mal an den Fingern, verursacht worden.

Vor der lokalen Heisslufttherapie an Körperteilen mit nicht intakter Sensibilität ist ohne geeignete Vorsichtsmassregeln dringend zu warnen. **Ewald**-Hamburg.

28) **Glaessner** (Berlin). Die Anwendung und die Erfolge des Marmorek-Serums.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 17. S. 753.

Zusammenstellung der neuesten Litteraturergebnisse über die Behandlung der internen und chirurgischen Tuberkulose. Im grossen und ganzen sind die erzielten Erfolge günstig zu nennen, gerade auch in chirurgischen Fällen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

29) **Amrein** (Arosa). Periostitis et Adipositas multiplex tuberculosa toxica behandelt mit Serum Marmorek.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 6. S. 2, 151.

Bei einer 32 jährigen Patientin waren circumscripte harte Schwellungen im Unterhautzellgewebe und im Periost einzelner Knochen aufgetreten. Eine zugleich bestehende Erkrankung der Lungenspitze sowie der positive Ausfall der Tuberkulininjektion in kleinster Dosis (Fieber und schmerzhafte Schwellung der Infiltrate) führten den Verf. dazu, auch die Unterhautzellgewebs- und Periosterkrankung als tuberkulös anzusprechen. Eine länger dauernde rektale Anwendung von Marmorek-Serum führte unter dem Auftreten lokaler Reaktionen zu einer sehr weitgehenden Besserung. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

30) **Sikemeier.** Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Marmorekserum.

Med. Klin. 1909. Nr. 28.

S. hat 17 vorher lange Zeit in schlechtem Zustand gebliebene Knochen- und Drüsentuberkulosen, mit dem Serum behandelt (2 Tuberkulosen des Ellenbogen-, 1 des Hüft-, 1 des Hand-, 2 des Fussgelenkes, 2 Spondylitispatienten, 1 mit Schultergelenkstuberkulose, 6 mit tub. Lymphadenitis, nur 4 Patienten hatten keine Fisteln)



Heilung, resp. Besserung nach 3—9 monatiger Serumbehandlung. Schluss: bei 5 Patienten keine Besserung (sehr schwere Gelenktuberkulosen), sechs geheilt, sechs bedeutend gebessert, aber noch nicht geheilt. — „Wenn man bedenkt, dass fast alle Patienten jahrelang, einige sogar jahrzehntelang leidend waren, dass die erste Besserung in der Regel innerhalb zweier Monate auftrat, dann meine ich daraus schliessen zu können, dass die erzielten Resultate recht günstige sind.“ **Ewald**-Hamburg.

31) **Orhan** (Konstantinopel). Die lokale Chininbehandlung der Tuberkuloseheerde.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 19. S. 837.

Auf Grund seiner Beobachtungen empfiehlt Verf. warm, Chinin (hydrochloricum?) als lokales Mittel gegen Tuberkulose anzuwenden. Bei Hautulcera als Pulver, bei Abszessen und Knochentuberkulose als 2% Lösung hat es sich nach O. gut bewährt. Es sollen mit der Chininlösung die erkrankten Teile (Wunden nach Resektionen, Abszesswandungen) energisch ausgewischt werden. In Fisteln muss es unter starkem Druck eingespritzt werden, damit es an den Krankheitsheerd gelangt. Speziell für Senkungsabszesse (Punktion und Injektion) sowie für Fisteln erscheint es Verf. sehr geeignet.

Ottendorff- Hamburg-Altona.

32) **Judson.** Le traitement exspectant de la tuberculose pulmonaire. Contribution de la chirurgie orthopédique.

(Die exspectative Behandlung der Lungentuberkulose.)

Ein Beitrag aus dem Gebiet der Orthopädie.

Annales de chirurgie et d'orthopédie. Bd. 21. Nr. 11. S. 321.

J. rät, die Prinzipien, die sich bei der Behandlung der Extremitätentuberkulose bewährt haben, so die Ruhigstellung des erkrankten Organs und Besserung der sanitären Verhältnisse und Ernährung auch auf die Behandlung der Lungentuberkulose zu übertragen. Die Ruhigstellung der Lunge will J. dadurch erreichen, dass er alles verbietet, was Respiration und Zirkulation anregen könnte, sowie dass er möglichst flach atmen lässt und das Husten zu unterdrücken anrät. Ausserdem soll die Körperruhe im Liegen auf täglich 16 Stunden ausgedehnt werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



33) **K. Knotz** (Baden b. Wien). Zur Behandlung der Ankylose mit Fibrolysineinspritzung im k. k. Wohltätigkeitshause in Baden.

Mediz. Klin. 1909. 30.

Von den 15 behandelten, meist dürftigen und lange vorher erkrankten Patienten wiesen 5 Ankylosen einzelner Gelenke nach akutem Gelenkrheumatismus auf: nach 4 bis 9 Injektionen keine Besserung. Auch 2 Arthritis deformansfälle, 2 Ankylosen nach gonorrhoischer Arthritis, eine pyämische Gonitis werden nicht wesentlich gebessert (4—15 Injektionen). Patienten mit Narbenkeloiden, die die Exkursionen des Knie- und Sprunggelenks hinderten, zeigten nach 5 Injektionen erhebliche Besserung.

4 Fälle wurden mit einer grösseren Zahl von Injektionen behandelt (14—28). Eine 26jährige Patientin mit multipler Ankylose wurde nicht gebessert, die anderen — sämtlich multiple Ankylosen nach Polyarthritis rheumatica acuta — besserten sich in befriedigender Weise.

Es ist noch klar zu stellen, in welchen Fällen und unter welchen Umständen das Fibrolysin wirkt. **Ewald**-Hamburg.

34) **Immelmann** (Berlin). Die Behandlung von Gelenksteifigkeiten mittels Bier'scher und Tyrnauer'scher Apparate.

Mediz. Klinik. 1909. Nr. 15.

Die fibrös versteiften Gelenke werden zunächst durch lokale Heissluftbehandlung mittels Tyrnauer'scher elektrischer Heizkörper (Widerstände) vorbereitet und dann mittels der Bier'schen Saugapparate mobilisiert. Die Wirkung der letzteren ist schmerzstillend, lösend und erweichend. Diese Methoden in Verbindung mit Massage und der Uebungsbehandlung sowie mit orthopädischen Redressionsapparaten ermöglichen die Erzielung guter funktioneller Resultate. **Ewald**-Hamburg.

35) **Schäfer** (Oberstein). Ueber die Gefahren des Bierschen Stauungsverfahrens.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 19. S. 843.

Anlass zu einer Warnung vor kritikloser Anwendung Bierscher Stauung gab dem Verfasser ein Fall von Radialislähmung sowie ein Fall von malignem Tumor des Femur. Die Parese des Radialis war nicht durch direkten Druck der Binde, sondern durch eine Neuritis und Verwachsung im Bereich der Stauung entstanden.



Die operative Freilegung ergab nach längerer Zeit Heilung der Lähmung. In dem anderen Fall war der Tumor nach der Untersuchung und dem Röntgenbilde für eine chronische Periostitis gehalten worden. Die daraufhin eingeleitete Stauungstherapie war Schuld, dass der günstige Zeitpunkt für eine radikale Entfernung der Geschwulst hinausgeschoben und dadurch die Dauerheilung fraglich wurde.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

36) **Max Reiner.** Versuche zur Verhütung der operativen Fettembolie.

Wien. med. Woch. Nr. 28.

Reiner berichtet auf Grund von Leichenversuchen über den Mechanismus der Fettembolie bei orthopädischen Eingriffen an Knochen. Die Ausschwemmung von Fett aus den Markräumen tritt nur während der Operation selbst, und dann nur in geringstem Ausmasse nach Aufhören der redressierenden Kraft auf. Von dieser Beobachtung ausgehend, schlägt Reiner ein Verfahren vor, um die ins Gefässsystem eingetretenen Fettmengen zu eliminieren.

Die Operation wird unter Esmarchscher Blutleere ausgeführt. Vor Abnahme des Schlauches wird von der freipräparierten Vena saphena oder einem anderen grösseren Aste aus eine Kanüle in die Vena femoralis eingeführt, die Vena femoralis zentral komprimiert und nun erst der Esmarchschlauch gelöst, die venöse Blutwelle fliesst also durch die Kanüle ab und mit ihr der grösste Teil der ins Gefässsystem getretenen Fetttropfen, deren Nachweis in der aufgefangenen Blutmenge unschwer gelingt. Die kleine Oeffnung in der Vena kann eventuell genäht werden.

Die von anderer Seite gemachten Vorschläge zur Verhütung der Fettembolie sind zwar weniger gut begründet als das von Reiner angegebene Verfahren. Immerhin dürften aber die vom Autor selber aufgezählten Gefahren des an sich nicht schwierigen Eingriffes einer ausgebreiteten Anwendung desselben im Wege stehen.

Spitzy-Graz.

37) **H. Noesske** (Kiel). Zur konservativen Behandlung schwerer Extremitätenverletzungen und gangränverdächtiger Glieder.

Zentralbl. für Chirurgie 1909. 40.

Ist infolge Erfrierung oder Quetschung eine venöse Stase in den peripheren Gliedabschnitten eingetreten, so vermag die gewöhnlich angewandte Wärme und Hochlagerung oft nicht, den arteriellen



Blutstrom so zu befördern, dass das Glied am Leben bleibt. N. hat daher bei mehreren schweren Fingerverletzungen, bei Erfrierung und bei Asphyxie der Finger (bei Raynaudscher Krankheit) den Fingerrücken in der Längsrichtung bis auf den Knochen gespalten, für Offenbleiben der Wunde gesorgt und 2—3 mal tägl. 8—10 Min. gesaugt. Zuerst quoll cyanotisches Blut heraus, später arterielles. Die verletzten Glieder konnten am Leben erhalten werden und verloren nichts von ihrer Funktionsfähigkeit.

Ewald-Hamburg.

38) **A. Heermann** (Deutz). Ueber Zug und Druck in der Krankenbehandlung mit Demonstration neuer Methoden und mediko-mechanischer Apparate.

Med. Klin. 1909, 11.

Improvisationen von Bewegungsapparaten bei Gelenkversteifungen für Krankenzimmer und Privatwohnung! Prinzip: langer Hebelarm, langer Gummizug am Ende desselben. Kombination eventuell mit Spiralfeder, die die Extremität in der Längsrichtung extendiert. Für alle Gelenke hergestellt sollen diese Apparate nicht nur alle bestehenden Bewegungsvorrichtungen, sondern auch die Hand des Arztes übertreffen. (? Ref.)

Ein zweites System, das auf dem Prinzip der Schaukel (vergrösserter Tintenlöscher) beruht, „repräsentiert ein ganzes mediko-mechanisches Institut“ (!).

Drittens behandelt H. Hand- und Fingergelenke in der Weise, dass er diese fixiert, während der Unterarm auf- und niedergeht.

Weiter beschreibt H. eine Extensionsvorrichtung des Beins für Ischias, eine sog. Kammbinde für Dauerkompression (Hydrops genu, Phlebitis, Supraorbitalneuralgie), weiter die Narbendehnung und -Glättung durch elastischen Druck (Gummischwamm und plastische Pappe), die Beseitigung von Fingerversteifungen durch Bandagen, in denen die sanfte dehnende Wirkung einer Schwammeinlage zur Anwendung gelangt. Auch für Plattfüsse will er den Gummischwamm als Einlage verwenden; ein Gummischwamm soll auch am Korsett gegen den skoliotischen Rippenbogen drücken.

H. hält seine Methoden für wesentlich neu, vielfach unentbehrlich und unersetzlich.

Ewald-Hamburg.

39) **Koch** (Berlin). Bemerkungen über die Operation schwerer Gelenkversteifungen.

Arch. für Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. 8. 1.

Verf. empfiehlt die Mobilisierung versteifter Gelenke immer durch den peripheren Puls zu kontrollieren. Bei gewaltsamer



Streckung könnte es sonst sehr wohl zu Zerreissung der Gefässe kommen. Die Gefahr einer solchen kündigt sich immer durch Nachlassen der Pulsation an. Ist dies zu konstatieren, so soll man die Korrektion der Kontraktur nicht weiter treiben. Da infolge des versteifenden Prozesses schon vor jedem Eingriff Anomalien der Pulsation vorliegen können, so soll man schon vor jeder Manipulation den Puls prüfen.

Ein von K. besonders ausgebildetes Resektionsverfahren bei schweren Fällen von Knieversteifungen hat ihm mehrfach gute Resultate gegeben. Ewald-Hamburg.

40) **Klapp.** Demonstrationen aus dem Gebiete der neuere physikalischen Behandlungsmethoden.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 26.

Vorführung seiner bekannten, von Fränkel modifizierten Kriechmethode, die zusammen mit Uebungen in aufrechter Stellung und im Liegen die Behandlung aller Skoliosen in der kgl. Klinik ausmacht. — Die Gelenkserkrankungen müssen möglichst frühzeitig in Behandlung kommen, um beweglich zu bleiben. So konnte sogar in einigen Fällen bei Coxitis ein bewegliches Gelenk erzielt werden, trotz deutlicher Karies von Kopf und Pfanne. Methode: keine wochenlangen Streckverbände, „denn das vertragen die Tuberkulösen gar nicht“, sondern sofort Gipsverband mit Entlastung und Fixation in richtiger aduzierter Stellung. Kontrakturen werden sofort aber sehr vorsichtig in Narkose zurückgeführt. (Es ist nicht ersichtlich, wie durch diese Methode bewegliche Gelenke erhalten werden sollen. Ref.) Bei der gonorrhoischen Gelenkentzündung feiert die Biersche Stauungshyperämie die grössten Triumphe (22 stündige Stauung). Demonstration von Patienten mit voller Gelenkfunktion. Bei fibrösen Ankylosen sowie Kontrakturen werden keine Pendelapparate benutzt, da diese keine kausale Therapie darstellen (? Ref.), sondern Saugapparate, die zugleich hyperämisierend und mechanisch wirken. — Neuerdings hat K. versucht, durch Resektion und Wiederaufpflanzen der Gelenkenden auf den gekürzten Schaft, an der oberen Extremität bewegliche Gelenke zu schaffen. Ewald-Hamburg.

41) **Bade** (Hannover). Zur Technik der Arthrodesenoperation.

Zeitschr. für orthopädische Chirurgie. Bd. 22. H. 1—3. S. 224.

B. beschreibt die von ihm geübte Methode der Arthrodese. Als besonders wichtige Forderung wird hervorgehoben absolute



Asepsis und genügende knöcherne Vereinigung. Am weitaus häufigsten wird die Operation am Kniegelenk und am Fussgelenk ausgeführt, wesentlich seltner am Schultergelenk und Hüftgelenk. Andere Gelenke kommen kaum in Frage. Man soll möglichst wenig Knochenmaterial opfern, Entfernung des Knorpels genügt im allgemeinen. Langdauernde Fixation ca. $^1/_2$ Jahr ist unbedingt nötig. Eine Knochennaht ist nur beim Schultergelenk nötig, an der unteren Extremität soll die Belastung durch das Körpergewicht die völlige Ankylosierung bewirken. Eine absolut knöcherne Vereinigung ist bei Arthrodese des Knie- und Schultergelenks zur Erreichung des Erfolges nötig, während bei den übrigen Gelenken eine leichte Nachgiebigkeit eher von Vorteil ist.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

42) **Mencière** (Reims). Quelques observations d'ostéosynthèse et technique de l'ostéosynthèse à l'aide des agrafes en aluminium et du porte-agrafe de Mencière.

(Einige Beobachtungen über Knochennaht und ihre Technik unter Anwendung der Aluminiumklammern und des Klammerhalters nach Mencière.)

Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 22, Nr. 4, S. 104.

M. benutzt zur Knochenvereinigung mit Vorliebe die von ihm angegebenen Klammern, die in der Form den Klammern ähneln, welche die Maurer zur Verbindung der Gerüstteile verwenden. In den Halter wird zunächst eine völlig gleiche Klammer aus Stahl eingefügt und mit dieser Löcher vorgeschlagen, die dann mit dem Drillbohrer erweitert werden, sodass die Aluminiumklammern gerade stramm eingetrieben werden können. Selbstverständlich muss eine genaue Adaptierung der Fragmente vorhergehen. Die angeführten Fälle sollen den guten Erfolg demonstrieren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

43) **E. Becker** (Hildesheim). Ein zerlegbarer Bohrer zur Extension am Knochen.

Zentralbl. f. Chir. 1909, 36.

B. hat für die Steinmannsche Extension einen Bohrer konstruiert, der bei hinreichender Festigkeit zierlich gebaut ist, eine starke Belastung aushält, leicht zu sterilisieren ist und absolut sicher, exakt und schnell arbeitet. Der Bohrer wird mittels elektrischen Motors in den Knochen getrieben. Eine Beschreibung bleibt ohne Abbildungen unverständlich. **Ewald**-Hamburg.



44) **W. Anschütz** (Kiel). Ueber die Frakturbehandlung mit Nagelextension.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 33.

Während an der Kieler Klinik im Allgemeinen die Bardenheuersche Extensionsmethode angewandt wird, konnte in 12 komplizierten und ungünstig gelagerten Fällen ein guter Erfolg mit der Nagelextension erzielt werden. Die Fälle waren Frakturen des Ober- und Unterschenkels, veraltet oder kompliziert, mit Verkürzung geheilt oder in der Nähe des Fussgelenks liegend, auch Fälle, wo die Heilung durch Heftpflasterextension durch eine interkurrente Krankheit unterbrochen wurde. Sehr bewährt hat sich die Nagelextension auch bei einem Doppelbruch des Oberarms mit kompliziertem Bruch des Unterarms. Ferner bei einer Operation Verlängerung des Beins um 8 cm bei einem Kinde, wo nach Enchondromen des Oberschenkels eine Verbiegung und Wachstumsverkürzung von 10 cm eingetreten war: Diese konnte nach treppenförmiger Osteotomie und kräftiger Nagelextension unter Diastasierung der Fragmente bis auf 2 cm ausgeglichen werden.

Die Nagelextension stellt eine wesentliche Bereicherung der Therapie dar, da sie fast jede dislocatio ad longitudinem auszugleichen vermag. Doch soll sie nur bei strikter Indikation angewandt werden, da sie wegen Infektionsmöglichkeit nicht ohne Gefahr ist.

Ewald-Hamburg.

45) **Anzoletti.** Zur Codivillaschen Methode der Nagelextension am Knochen.

Zentralblatt für Chir. 1909. Nr. 28.

Die in Deutschland durch Steinmann bekannt gewordene Extensionsmethode ist schon vor 6 Jahren von Codivilla empfohlen und in Italien eifrig angewandt worden. Sie ist jeder anderen Extensionsmethode an Wirksamkeit, Indikationsweite und Schmerzlosigkeit überlegen. Sie kann an der oberen und unteren Extremität angewandt werden, und zwar soll der Zug so peripher wie möglich angreifen, also z. B. bei Oberschenkelbrüchen am Kalkaneus! Dies hat vor der Durchnagelung der Femurkondylen soviele Vorteile (baldige ambulatorische Behandlung sofort nach Erreichung der gewünschten Länge!), dass sie unbedingt den Vorzug verdient.

Ewald-Hamburg.

46) **D. G. Bardach.** Elastisches Heftpflaster.

Wien. klin. Woch. Nr. 31.

Heftpflaster auf einer dünnen Gummiplatte statt auf Stoff



aufzutragen. Der Erfinder erwartet eine mannigfaltige Anwendung für chirurgische und speziell für orthopädische Zwecke.

Spitzy-Graz.

47) **Hartung** (Berlin). Vorrichtung zur Erleichterung des Umschneidens und Durchfensterns der Gipsverbände.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 20. S. 891.

H. gibt rechtwinklig gebogene Plättchen an, die durch einen Faden auf der Extremität befestigt werden und so zur Abgrenzung des Verbandes resp. der Fenster dienen. Ist der Verband fertig, so können die Plättchen leicht entfernt werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

48) **Alfred Loewy.** Gipsverbandfensterer für komplizierte Frakturen.

Wien. med. Woch. Nr. 21.

L. bringt Beschreibung und Abbildung einer Vorrichtung, welche im Wesentlichen aus einem in vier gekrümmte Platten zerlegbaren Ringe besteht, welcher beim Anlegen des Verbandes von den Bindentouren umfasst und nach Erhärten des Verbandes durch Zerlegen entfernt wird, worauf eine kreisrunde Lücke genau an der gewünschten Stelle offen bleibt. Der Apparat liesse sich wohl noch etwas vereinfachen und mag dann recht gute Dienste leisten.

Spitzy-Graz.

49) **Goder** (Lissa). Zur Erleichterung der Anlegung von Fenstern in Gipsverbänden.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 30. S. 1313.

G. schlägt vor zur bequemen Anlegung von Fenstern im Gipsverband unter die Gipsbinden den Rändern des zukünftigen Fensters entsprechend Drahtsägen zu legen und nach Erstarren die Drähte herauszusägen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

50) **Baron** (Charlottenburg). Zur Anlegung von Fenstern in Gipsverbänden.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 34. S. 1481.

B. empfiehlt flache Ringe aus Blei oder ähnlichem Material von 8—10 cm Breite zu benutzen, deren Innenseite nach Anbringung mehrerer Einschnitte aufgebogen werden kann. Die Ringe, deren Kanten mit Watte umwickelt sind, werden über die freizulassende Stelle gelegt und die Gipsbinden darum herumgelegt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



51) **Evler** (Treptow). Ueber die Verwendung eines Chromleders zu orthopädischen Apparaten insbesondere zu Schienenhülsenstreckverbänden, welche dem Körper unmittelbar an- und nachzupassen sind.

Zeitschr. für orthopädische Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S. 192.

E. empfiehlt statt der teuren und umständlichen Schienenhülsenapparate breite Manschetten von Chromleder an Stahlrohre montiert zu verwenden. In den Rohren können ausserdem extendierend wirkende Spiralfedern angebracht werden. Einige Verwendungsweisen als Stützapparate für die untere Extremität, als Geradehalter werden im Bilde und in der Beschreibung erläutert.

Ottendorff-Hamburg-Altona

52) **Schanz** (Dresden). Orthopädische Apparate in der Kassenpraxis.

Berl. Klin. Woch. 1909. Nr. 18.

Die sozialen Gesetze erlauben nicht die Beschaffung notwendiger Apparate auf Kosten der Versicherungskassen. Wie S. an einer Reihe von Patienten zeigt, wird dadurch eine grosse Zahl von Leuten, die gebessert werden könnten, geschädigt, ja nicht nur diese, sondern auch die Versicherungskassen, die nicht gezwungen werden können, grössere und kostspieligere Apparate für die Kranken zu beschaffen. Die Anfertigung von Plattfusseinlagen stösst nur selten auf Widerspruch, weil die Kassen einsehen, dass sie dadurch an Krankengeld sparen. Fallen die Apparate jedoch aus dem Rahmen des Gewöhnlichen, so werden die Schwierigkeiten sofort unüberwindlich. Schienen- und Hülsenapparate, die geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit in kurzem wiederherzustellen, werden meistens verweigert. S. weist an ca. 20 Fällen von Fuss-, Knie-, Hüft- und Wirbelsäulenleiden nach, was orthopädische Apparate zu leisten im Stande sind, und schliesst mit einer lehrreichen Berechnung, wie die Kasse resp. die Invaliditätsversicherung infolge schlecht angebrachter Sparsamkeit durch Verweigerung eines Apparates unverhältnismässig hohe Summen zur Rentenzahlung aufwendet, und damit den Versicherten, sich selbst und den Steuerzahler schädigt.

Ewald-Hamburg.

53) **Lop** (Marseille). De la Mécanothérapie dans les accidents du travail.

Gazette des hôpitaux. 1909. 90.

Man darf von der Therapie mit Apparaten weder Unmögliches erwarten, noch darf man ihr gänzliche Wertlosigkeit vorwerfen.

Aus der Unzahl von Apparaten empfiehlt L. nur 4: 1. einen Apparat zur Mobilisation des Handgelenks nach Radiusfrakturen und sonstigen Unterarmverletzungen. 2. Fusspendel für Dorsal- und Plantarflexion, 3. Universalapparat für Ellenbogen- und Schultergelenk, 4. Apparat für die Knie. — Alle anderen Apparate (z. B. die von Zander) erscheinen ihm überflüssig. Indikationen und Kontraindikationen sind die allgemein bekannten. Für den Radiusbruch ist die frühzeitige Behandlung mit Apparaten kontraindiziert. Auch nach Fingerpanaritien und Phlegmonen darf man nicht zu viel erwarten, besser ist die Bier'sche Behandlung. Ueber die Erfolge der Mechanotherapie im Allgemeinen spricht sich L. sehr skeptisch aus und teilt seine Resultate mit, die allerdings auffallend schlechte sind: Von 15 Finger- und Handversteifungen blieb bei 10 der Zustand bestehen, bei 26 Schulterverletzungen war das Resultat nur in 5 Fällen befriedigend, unter 36 Handgelenkstraumen war der Erfolg bei 24 = 0 u. s. w. Bei etwa einem Dutzend Verletzten versuchte er die Apparatbehandlung erst drei Monate nach dem Unfall, bei allen ohne jeden Erfolg. Es handelte sich um Versteifungen nach langer (allzulanger) Immobilisation von Frakturen oder Luxationen. (Die meisten Orthopäden dürften weder mit den von L. vorgeschlagenen Apparaten, noch mit der Behandlungsweise (keine Massage, 25—30 Uebungen, tgl. 1/4 Std. (!) lang) einverstanden sein. Die vielen Misserfolge sind nicht der Mechanotherapie zurLast zu legen. (Ref.) **Ewald-Hamburg.**

54) **K. Biesalski** (Berlin). Neue und verbesserte Pendel- und Widerstandsapparate.

Arch. für Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. 8, 1.

B. hat für die von ihm geleitete Krüppelheil- und Erziehungsanstalt Berlin-Brandenburg medico-mechanische Apparate konstruiert, die er einzeln näher beschreibt. Als Prinzipien für alle stellt er folgende Punkte auf: die treibende Kraft ist das Pendel, wobei berücksichtigt wird, dass der Minimal-Widerstand gleich 0 gemacht werden kann, um auch die geringste Muskelenergie benutzbar zu machen. (Anwendung einer zweiseitigen Pendelstange, die ausser dem Hauptgewicht ein Gegengewicht am kurzen Arm trägt.) Alle Apparate sind für jede Körpergrösse anwendbar. Ueberall ist eine möglichst genaue und zuverlässige Fixation möglich, so dass vorgetäuschte Bewegungen unmöglich sind.

Die Apparate werden von der Firma H. Windler, Berlin hergestellt. **Ewald-Hamburg.**



55) **v. Aberle** (Wien). Ueber Krüppelfürsorge in Oesterreich-Ungarn.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 375.

In Oesterreich-Ungarn existieren bis jetzt nur 3 Krüppelheime mit im ganzen 92 Betten. Diese Heime gewähren ausser ärztlicher Behandlung Schulunterricht. Die Einrichtung von Werkstätten ist in Aussicht genommen. Mehrere weitere Krüppelheime sind geplant resp. im Bau, auch die vorhandenen werden ständig erweitert.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

56) **A. J. Gillette.** Ueber Orthopäden und Krüppelheime.

Amer. journ. of orth. surg. 1909. Bd. 6. 4.

Zunächst betont der Autor, dass in den Vereinigten Staaten die orthopädischen Abteilungen an den Hospitälern zwar den Anforderungen, die man an sie stellen müsste, genügten, aber nicht gross genug seien, sodass täglich eine Reihe von Behandlungsbedürftigen abgewiesen werden müsste. — Ferner seien eine grosse Reihe von Aerzten, die sich Spezialärzte für Orthopädie nennen, in der Medicomechanik und Apparatotherapie nicht genügend unterrichtet, so dass sie die Hauptarbeit dem Schuhmacher und Bandagisten überlassen müssten. Schliesslich seien viel mehr Krüppelheime zu fordern, die sich die Behandlung, Erziehung und gewerbliche Unterweisung nebeneinander zur Aufgabe machten. Diese Krüppelheime dürften nicht von privater Wohltätigkeit abhängig sein sondern müssten staatlicher Verwaltung unterstehen.

G. schätzt die Anzahl der Krüppel in den Vereinigten Staaten auf 5,040,000.

Ewald-Hamburg.

57) **Lovett** (Boston). Krüppelfürsorge in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 389.

L. beschreibt kurz die Anstalten der Vereinigten Staaten, welche der Krüppelpflege gewidmet sind. Der grösste Teil wird durch private Wohltätigkeit unterhalten. Bloss 3 Staaten, Minnesota, New-York und Massachusetts, haben staatliche Pflegeanstalten. Teils sind es Schulen, die nur über Tags von den Kindern besucht werden, teils sind es Anstalten für stationären Aufenthalt. In allen wird für ärztliche Behandlung Sorge getragen, vielfach steht diese an erster Stelle. Schulunterricht und meistens auch gewerblicher Unterricht sollen dem Krüppel ausserdem das Fortkommen im Leben erleichtern.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



58) **Redard** (Paris). Les traumatismes du rachis dans les accidents du travail.

Ueber Unfallverletzungen der Wirbelsäule.

La médicine des accidents du travail. Bd. 7. Nr. 7. S. 193.

R. bespricht einzelne wichtige Kapitel der Wirbelsäulenverletzungen. Die sog. Kümmellsche Krankheit, von der Verfasser 3 Fälle beobachtete, zeichnet sich dadurch aus, dass nach den ersten Schmerzen zunächst eine Besserung eintritt, dass dann aber allmählich die Erscheinungen, (Deformation der Wirbelsäule, Bewegungsstörungen und Schmerzen) wieder zunehmen. Verf. glaubt, dass in vielen Fällen diese Kümmellsche Krankheit tatsächlich eine echte Spondylitis tuberkulosa sei, die durch das Trauma zum Ausbruch gebracht werde. Die traumatische Hysterie der Wirbelsäule, wie er sie nennt, Railway-Spine hält Verf. für sehr selten. Er selbst hat nur 2 Fälle davon beobachtet. Krümmungen der Wirbelsäule kommen dabei vor in ähnlicher Art wie bei der hysterischen Skoliose. Wichtig für genaue Diagnosenstellung sind auch die Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule speziell Blendenaufnahmen der einzelnen Abschnitte. R. gibt noch kurz einige Anmerkungen über die Technik derartiger Aufnahmen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

59) **Redard** (Paris). Les traumatismes du rachis dans les accidents du travail. (Ueber Unfallverletzungen der Wirbelsäule).

Annales de chirurgie et d'orthopédie. Bd. 22. Nr. 6. S. 161.

Enthält wörtlich dasselbe wie der Artikel in der Medécine des accidents du travail. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

60) **Marcus** (Posen). Zur Behandlung und Begutachtung von Verletzungen des Rückens und der Wirbelsäule.

Monatsschrift für Unfallheilk. und Invalidenwesen 1909. 8.

In den 66 in den letzten 4 Jahren behandelten Fällen von Rückenverletzungen zeigten sich häufig Besonderheiten, die bei anderen Unfallverletzungen ungewöhnlich sind. Der Zustand besserte sich nämlich mit der Zeit nicht, sondern wurde häufig sogar schlimmer, ob nun eine Wirbelverletzung sicher vorhanden war oder nur vermutet wurde oder auch sicher ausgeschlossen werden konnte. Verf. geht auf die Kümmellsche Spätkyphose, auf die Schwierigkeit der Diagnose von Wirbelverletzungen ein, ferner auch auf die Möglichkeit der Entstehung von Deformitäten nach reinen Weichteilverletzungen (Entlastungshaltung, um dem Schmerz zu begegnen)



und auf die Behandlung der verschiedenen Verletzungen. Bei schweren und leichten Wirbelbrüchen fordert er Ruhelage im Streckverband, bis jede Schmerzhaftigkeit auf Druck verschwunden ist, später auf jeden Fall Stützkorsett. Dieses muss auch bei nur vermuteten Wirbelverletzungen sofort nach der Bettruhe angelegt werden. Mit Massage und Uebungen soll erst nach Authören jeglichen Schmerzes begonnen werden. Direkt kontraindiziert ist die medico-mechanische Behandlung bei Kreuzbeintraumen, wo die aus den Kreuzbeinlöchern tretenden Nervenwurzeln gezerrt sind. Direkt indiziert dagegen ist Massage und Uebungen bei sicher reinen Weichteilverletzungen. Bleiben hier jedoch die Schmerzen längere Zeit bestehen, so ist auch hier ein Stützkorsett zu empfehlen. Im Ganzen ist zu fordern, dass jeder — auch der kleinsten Rückenverletzung genügende und fortgesetzte Beachtung geschenkt wird.

3 Krankengeschichten.

I. Mann mit Wirbelbruch, der zeitlebens hohe Rente erhalten muss, weil er nicht rechtzeitig ein Stützkorsett bekommen hat.

II. Mann mit vermutetem, später sichergestelltem Wirbelbruch (spätere Herausbildung einer Kyphose), der noch immer grosse Beschwerden hat, weil er kein Stützkorsett getragen hat.

III. 17 jähriger Lehrling, der sich beim Sturz vom Wagen mehrere Luxationen und Frakturen zuzog, und nachträglich noch eine starke fixierte Kyphoskoliose bekam, die trotz Behandlung nur wenig gebessert werden konnte. Ein Stützkorsett brachte den Mann soweit, dass er den ganzen Tag auf den Beinen sein konnte, wenn auch die Bewegungsfähigkeit in erheblichem Grade behindert war. M. glaubt, dass in diesem Fall sowohl Skoliose als auch Kyphose auf eine reine Weichteilverletzung zurückzuführen ist.

Ewald-Hamburg.

61) **Kofmann** (Odessa). Die Erfahrungen über die Behandlung des spondylitischen Buckels nach Calot.

Zeitschr. f. orthopäd. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 433.

K. hat sowohl an eigenem wie an dem Materiale des Erfinders die Erfolge der Calotschen Methode studiert und empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen diese Art der Behandlung auf das wärmste. Dies jetzt wohl zur Genüge bekannte Verfahren besteht in Anlegung eines Gipsverbandes in ganz geringer Extension und nachfolgendem Redressement des Gibbus durch Wattetamponade von einem über dem Buckel befindlichen Fenster. Verf. glaubt dem Verfahren den unbedingten Vorzug vor der Gipsbettbehandlung zusprechen zu müssen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



62) **v. Osten-Sacken** (Petersburg). Ueber Deformierungen des Unterkiefers durch Stützapparate bei Spondylitis.

Zeitschrift f. orthopäd. Chirurgie. Bd. XXIII, Heft 3—4, S. 353.

Durch die Kopfstütze, welche bei hochsitzenden Spondylitiden nicht zu umgehen ist, können unter Umständen Deformierungen des Unterkiefers bewirkt werden. Es genügt dabei schon die Schwere des Kopfes allein, der auf dem Halskragen aufruht. Gefährlich ist vor allem die Zeit vor und während der zweiten Dentitionsperiode. Die Störung besteht in einer Behinderung des Längenwachstums der Mandibula und Verlagerung der Frontzähne nach rückwärts. Bei kyphotischer Haltung ist die Verbildung schlimmer, weil dabei vorzugsweise das Kinn belastet wird. Verf. empfiehlt deshalb Vorsicht im längerdauerden Gebrauch von Kopfstützen und hält die Reklinationsbehandlung für geeigneter.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

63) **Cramer** (Köln). Ueber Rückgratsverkrümmungen bei lumbosakralen Assimilationswirbeln.

Zeitschr. für orthopädishe Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S. 68.

C. beschreibt eine Anzahl Becken- und Kreuzbeine, bei denen der unterste Lumbalwirbel in seiner Form Uebergänge zum Charakter des Kreuzbeins zeigte. Weitaus die Mehrzahl zeigte diese Entwicklung nur auf einer Seite oder wenigstens auf beiden Seiten in ungleicher Weise. Die asymmetrische Form dieser Wirbel prädisponiert, wie sich auch aus den noch vorhandenen Teilen der Wirbelsäulen feststellen lässt, zur Entstehung einer Skoliose. Verf. glaubt ebenso wie Böhm, dass angeborene Rückgratsverkrümmungen und speziell solche, welche durch lumbosakrale asymmetrische Assimilationswirbel entstehen, keineswegs selten sind.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

64) **Schulthess** (Zürich). Ueber eine Form von Berufsskoliose

Zeitschr. für orthopädische Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S. 90.

Bei venetianischen Gondolieri fand Verf. relativ häufig eine eigenartige Form der Skoliose (rechts lumbal und links dorsal), die sich ohne weiteres aus der Art des Ruderns mit weit vorgestrecktem linken Arm und weit zurückstehendem rechten Fuss erklärt. Von Interesse ist dabei, dass diese Biegung unter Umkrümmung und Arbeit in bestimmter Stellung entsteht. Es spricht dies auch für die Richtigkeit des Bestrebens, die Skoliose durch Muskelübung in korrigierter Stellung zu beeinflussen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

65) **R. Gaultier** und **D. Baïsoiu** (Paris). Un cas de scoliose tardive dans la paralysie infantile.

Gazette des hôpitaux. 1909. Nr. 74.

Der 32jährige Metallarbeiter zeigte ausser einem paralytischen, um 3 cm verkürzten rechten Bein, das in frühester Jugend erkrankt war, eine starke linkskonvexe Dorsalskoliose mit Rippenbuckel, die im 16. Lebensjahr, ohne das Allgemeinbefinden zu schädigen, innerhalb fünf Monate, entstanden sein soll. — Da Verff. weder eine Spätrachitis noch statische Momente für die Herausbildung der Skoliose annehmen wollen, kommen sie per exclusionem zu dem Schluss, dass P. im 16. Lebensjahr eine zweite von der ersten völlig unabhängige Poliomyelitis durchgemacht habe (?). Ueber den Muskelbefund am Rücken erfahren wir nichts.

Ewald-Hamburg.

66) **Denis G. Zesas.** Ueber Skoliosen nephritischen Ursprungs (Scoliosis nephritica).

Arch. für Orth., Mechanother. und Unfallchirurgie 1909. Bd. 8. 1.

Ein 17jähriges Mädchen, das seit 2 Jahren an „Nierenschmerzen“ leidet und sich daran gewöhnt hat, bei den Schmerzanfällen ihren Oberkörper stark nach rechts zu neigen, behielt diese Seitwärtsneigung schliesslich bei, weswegen sie zum Verfasser in Behandlung kam. Ther.: Darreichung von Magnesia boro-citrica, wodurch die Nierenaffektion geheilt wurde, Massage, Redressement und Kriechen nach Klapp, wonach die Dorsolumbalskoliose verschwand. — Besprechung der reflektorischen Skoliose.

Ewald-Hamburg.

67) **O. Vulpius** (Heidelberg). Vor und zurück in der Skoliosenbehandlung.

Münch. med. Wochenschrift 1909. Nr. 37.

V. steht auf dem Standpunkt, dass weder der Schule noch dem Laien die Skoliosenbehandlung überlassen werden dürfe: Die Schule mit ihrem „orthopädischen Turnen“ kann ebensoviel Unheil anrichten wie das bei den Eltern jetzt so beliebte Kriechen nach Klapp. — Was das forcierte Redressement und Gipsverbandbehandlung anlangt, so steht fest, dass eine erhebliche Korrektion der Deformität erreicht werden kann, dass aber zum Dauererfolg eine lange in allen Teilen sorgfältig geregelte Nachbehandlung gehört. Daneben kommt das Tragen eines gutsitzenden Stützkorsetts in Frage, das allerdings nur während des Sitzens getragen werden soll.



Mit den Resultaten kann man im Verhältnis zu der Mühe nicht recht zufrieden sein, namentlich deswegen nicht, weil die Kinder nicht lange genug in den orthop. Anstalten bleiben. Verf. rät daher, zwischen den Turnunterricht Schulstunden einzuschalten, wie das früher in angesehenen Skolioseninstituten üblich war. Dadurch würden die Kinder in der geistigen Ausbildung nicht zurückbleiben und andererseits längere Zeit wie bisher in der Anstalt behandelt werden können. **Ewald**-Hamburg.

68) **Schanz** (Dresden). Korrektionsresultate an schweren Skoliosen.

Zeitschr. für orthopädische Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S. 57.

Zur weiteren Verbesserung der durch Redressement und Gipsverband erzielten Korrektionresultate bei schweren Skoliosen hat Sch. noch einen portativen Apparat zugefügt, der eine dauernde Extension des Kopfes und eine Detorsion des Rumpfes bewirkt. Die Vorrichtung wird dauernd getragen und Nachts durch ein Gipsbett gleichfalls mit Streckvorrichtung versehen ersetzt. Verf. rühmt diesem Verfahren gute und zwar dauernde Erfolge nach und demonstriert die fortschreitende Besserung an serienweise aufgenommenen Photographien. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

69) **G. Müller** (Berlin). Die Kriechkur in der Skoliosenbehandlung.

Mediz. Klin. 1909. 31.

Unter Anerkennung des relativen Werts der Kriechbehandlung nach Klapp wendet sich M. gegen dessen einseitige Methode und gegen seine „fast vollkommene Verschmähung des Stützkorsetts“. Er hält dieses für die Schule direkt für notwendig, ebenso wie das Gipsbett für die Nacht! Nur dadurch können unzweckmässige Haltungen vermieden werden.

Die Forderung einer Behandlung des allgemeinen Körperzustandes ist selbstverständlich. **Ewald**-Hamburg.

70) **Feuchtwanger.** Ueber Kompressionsmyelitis des Halsmarks durch ein Fibrosarkom der Dura mater.

Diss. München. 1909.

In dem vorliegenden Falle waren die intra vitam auftretenden Symptome so wenig charakteristisch für die Annahme eines Tumors der Rückenmarkshäute, dass trotz einer sehr langen Verlaufsdauer



die Diagnose auf einen solchen nicht gestellt wurde. Man nahm zweimal Syringomyelie, einmal Myelitis an. Erst die Obduktion ergab den überraschenden Befund einer Geschwulst und zwar handelte es sich, wie die Untersuchung ergab, um ein Fibrosarkom.

Blencke-Magdeburg.

71) **Schmotkin.** Zur Kenntnis der posttraumatischen Syringomyelie.

Diss. Leipzig 1909.

S. berichtet über einen Fall von posttraumatischer Syringomyelie, den er in der medizinischen Klink zu Leipzig zu beobachten Gelegenheit hatte und bei dem es sich nach seiner Ansicht nur um eine Syringomyelie handeln konnte, wenn auch der betr. Fall nicht ganz zum schulmässigen Typus gehörte. Der Fall war insofern noch interessant, als eine Myositis ossificans an den Armen vorhanden war, die er mit der Syringomyelie in Zusammenhang bringen zu müssen glaubt. Wenn man berücksichtigt, das in denjenigen Fällen, in denen es sich um Myositis ossificans traumatica allein handelt, fast ausschliesslich die unteren Extremitäten befallen werden, in den Fällen aber, bei denen sich Syringomyelie zugesellt, die oberen Extremitäten erkranken, so kann nach Meinung des Verf. diese Aenderung der Lokalisation dadurch erklärt werden, dass die Syring. superior viel häufiger vorkommt als die Syring. inferior.

Blencke-Magdeburg.

72) **Förster** (Breslau). Ueber eine neue operative Behandlung spastischer Lähmungen mittels Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 203.

Den spastischen Lähmungen liegt ein pathologisch gesteigerter Reflexvorgang zu Grunde, der die befallenen Muskeln im Zustande der Kontraktur erhält. Verf. ist deshalb auf den Gedanken gekommen, diesen Reflexbogen operativ zu durchtrennen. Da die motorische Bahn erhalten bleiben muss, so kommt nur der entsprechende sensible Teil in Frage. F. hat deshalb gemeinschaftlich mit Prof. Tietze-Breslau den Versuch gemacht, durch Resektion der entsprechenden sensiblen hinteren Wurzeln die Reflexerregbarkeit der spastisch erkrankten Muskeln herabzusetzen. Die Erfolge spez. bei zerebralen spastischen Paraplegien waren bemerkenswert, doch ist der Operationsplan (Feststellung der zu resezierenden Wurzeln) und auch die Ausführung des Eingriffes nicht gerade einfach zu nennen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



73) **J. Weinstein** (New-York). Ueber Schiefhals nach Entfernung der Wucherungen des Nasenrachenraums.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 19.

Der äusserst schmerzhafte Torticollis trat nach der üblichen Entfernung der Rachenmandel mittels des Gottstein'schen Messers auf. Der sternocleidomastoideus war als stark vorspringender Strang unter der Haut zu fühlen. Nach 8—14 Tagen trat vollkommene Heilung ein. Die Ursache der Affektion ist mit Sicherheit nicht anzugeben. (Ruptur des Muskels beim Halten während der Operation?) **Ewald**-Hamburg.

74) **Miramond de la Roquette** (Nancy), Etude anatomique et mécanique de la ceinture scapulaire.

Revue d'orth. 1909. Nr. 4.

Studie über das mechanische Zusammenwirken der Schultergürtelkomponenten, genaue anatomische Beschreibung der Scapula, Clavicula, der Gelenke und Bänder und Muskelverbindungen der Schulterknochen mit dem übrigen Körper und untereinander, zum Schluss der Bewegungsexkursionen in den einzelnen Gelenken. (Auf Einzelheiten einzugehen erübrigt sich bei der Fülle guter deutscher anatomischer und chirurgischer Handbücher. Ref).

Ewald-Hamburg.

75) **Max Jerusalem.** Die Stauung des Schultergelenkes.

Wien. med. Woch. Nr. 26.

Verfasser betont die Schmerzlinderung durch Stauung bei Verletzungen, besonders bei periartikulären Hämatomen. Die erwünschte Wirkung bleibt aus, wenn man unmittelbar nach der Verletzung die Stauung einleitet. Eine anscheinend recht brauchbare Modifikation der von Bier selbst angegebenen Schulterstauungsbinde wird beschrieben und abgebildet. **Spitzy**-Graz.

76) **Vegas** und **Jorge** (Buenos-Ayres). Fractures de l'omoplate chez les enfants.

Revue d'orthop. 1909. Nr. 3.

Ein vierjähriges Kind erlitt durch Fall aus 12 m Höhe einen rechtsseitigen Skapularbruch; es zeigten sich sämtliche Symptome einer Fraktur, insbesondere Crepitation und functio laesa. Fixierender Verband in möglichst korrigierter Stellung, komplette Heilung nach 4 Wochen. **Ewald** - Hamburg.



77) **G. Schichhold** (Spremberg). Eine einfache Behandlungsmethode der Schultergelenksluxationen.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 15.

Pat. sitzt, der Arzt steht auf der Seite des luxierten Arms, nimmt diesen zwischen die Beine, so dass er damit einen Zug nach seitlich-unten ausüben kann. Dadurch werden die Muskeln und Bänder des Schultergürtels entspannt. Mit den Händen wird der Humeruskopf in die Pfanne gedrückt. Von einem Assistenten wird Clavicula und Scapula während der Manipulation fixiert.

Ewald-Hamburg.

78) **Leop. Freund** (Wien). Zur Klinik der traumatischen Erkrankungen der Bursa acromialis.

Mediz. Klin. 1909, 11.

Eine Frau hatte nach grösserer Anstrengung mit den Armen grosse Schmerzen in einer Schulter bekommen, ausserdem Bewegungsbeschränkung. Das Röntgenbild ergab einen Schatten oberhalb des Humeruskopfes; wie ein Röntgenbild einer mit Zinnoberkreide injizierten Bursa subacromialis an der Leiche ergab, handelte es sich um Entzündung und Kalkablagerung in dem genannten Schleimbeutel. Auf Ruhigstellung, spätere Massage, Heissluft und Uebungen verschwand der Schatten und die Schmerzhaftigkeit.

Ewald-Hamburg.

79) **K. Lengfellner** u. **F. Frohse.** Die operative Behandlung der Deltoideuslähmung.

Mediz. Klin. 1909. 34.

Verf. beschreiben ihre verschiedenen Operationsmethoden.

I. Muskelüberpflanzungen.
Ersatz des Deltoideus durch pectoralis major oder trapezius oder levator scapulae oder teres major, dessen Ursprung und Ansatz allerdings versetzt werden müsste.

II. Nervenüberpflanzungen.
Transplantation des N. subscapularis auf den gelähmten Axillaris (dadurch wird allerdings teres major ausgeschaltet), Verpflanzung des V. auf den VII. Zervikalnerven.

Verf. geben den Rat, „ohne Zaudern an die operative Behandlung einer Deltoideuslähmung heranzutreten".

Ewald-Hamburg.



80) **Chaput** (Paris). Appareil simplifié pour les fractures du corps de l'humérus.

Ein einfacher Apparat zur Behandlung der Brüche des Humerusschaftes.

La médecine des accidents du travail. Bd. 7. Nr. 1. S. 25.

Ch. hat eine Vorrichtung angegeben, bestehend aus einer Binde, die in Form einer Acht den Oberarm und Unterarm umgibt, an welch letzteren man beim stehenden Patienten ein Gewicht anhängt, beim liegenden einen Extensionszug befestigt. Die Hand wird durch eine Binde gehalten, sodass der Unterarm senkrecht zum Oberarm zu stehen kommt. Ch. hat mit diesem einfachen Apparat in 15 Fällen gute Erfolge erzielt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

81) **Robert C. Porges.** Naht des Nervus medianus ein Jahr nach der Verletzung.

Wien. klin. Woch. Nr. 30.

Anschliessend an die Aeusserungen mehrerer Autoren bringt P. einen Fall aus seiner Praxis, welcher bei sekundärer Nervennaht einen recht guten Erfolg zeigte. Er rät in jedem Falle von Nervendurchtrennung die primäre, eventuell sekundäre Nervennaht zu versuchen. **Spitzy**-Graz.

82) **Perrin** (Paris). Les fractures du cubitus, accompagnées de luxation de l'extrémité supérieure du radius.

Revue d'orth. 1909. Nr. 4.

P. hat aus der Literatur 109 Fälle von Ulnafraktur, die mit einer Luxation des Radiusköpfchens vergesellschaftet waren, zusammengestellt. Auffallend häufig wurde bei der ersten Untersuchung nach dem Unfall die Radiusluxation übersehen, weshalb dann die Ulnafraktur nicht oder doch schlecht konsolidierte, so dass 25 mal ein blutiger Eingriff erforderlich war. Es ist also wichtig, sofort die richtige Diagnose Fraktur und Luxation zu stellen. P. beschreibt genau die Symptome bei der frischen Verletzung (Konstatierung der falschen Stellung des Radius!) und fordert in jedem Fall von Vorderarmfraktur mit Schwellung der Ellenbogengegend eine genaue Untersuchung dieses Gelenks, sowie bei jeder festgestellten Radiusluxation eine Untersuchung, ob nicht auch die Ulna frakturiert ist (Röntgenbild!) — Am wichtigsten für die spätere Funktion, also auch für die Behandlung ist die Radiusluxation, nach deren Reposition sich die Ulnafraktur von selbst richtig stellt. Die Einrenkung des Radius ist so wichtig, dass man die Luxation sofort blutig reponieren soll, wenn man auf blutigem Wege nicht zum

Ziele kommt. Reiten dann noch die Fragmente der Ulna aufeinander oder haben sich Weichteile interponiert, so kann man die Ulnafraktur gleichzeitig nähen.

Bei veralteten Fällen sind drei Möglichkeiten denkbar: Die Radiusluxation besteht 1) bei gut, 2) bei schlecht, 3) bei nicht zusammengeheilter Ulnafraktur. Die Folgen der unreponierten Luxation können sein: Arthritis deformans des Ellenbogengelenks (viermal), Radialislähmung (sechsmal).

Die Behandlung in diesen veralteten Fällen besteht bei Kindern bis zum 13. Jahr in Mobilisation des Ellenbogengelenks, bei älteren Patienten in Mobilisation oder Resektion des Radiusköpfchens. Die Arthrotomie ist nicht oft von Erfolg begleitet (Reluxation des Köpfchens!) und wenn die Ulna mitfrakturiert ist, kontraindiciert, weil letztere in diesen Fällen immer mit Verkürzung ausheilt. Die Resektion des Radiusköpfchens ist achtmal gemacht worden, funktionell immer mit sehr gutem Erfolg. In vier Fällen war die Ulnafraktur disIociert geheilt und hinderte dadurch die Drehbewegungen der Hand. Hier reichte nicht etwa die Osteotomie der Callusstelle aus, sondern man musste die Resektion des Radiusköpfchens hinzufügen. — Dreizehnmal kam es zur Ulnapseudarthrose, in den 7 Fällen, die operativ behandelt wurden (Bolzung, Verklammerung, Naht), kam es nur dreimal zur Konsolidation.

Ewald - Hamburg.

83) **Schwenk** (Breslau). Die Luxatio cubiti posterior in ihrer Beziehung zur Fraktur des Processus coronoideus ulnae, zum Mechanismus der Reposition und zur Frage der Knochenneubildung im Ellenbogengelenk.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 12. S. 534.

Ist bei der Luxation des Vorderarms nach hinten der Prozessus coronoideus der Ulna abgebrochen, so gelingt die Reposition leicht durch Hyperflexion oder Zug am Vorderarm. Ist dagegen der Proc. coronoid. erhalten geblieben, so ist zur Wiedereinrenkung zunächst Hyperextension des Ellenbogengelenks und dann Flexion nötig. Die bei diesem Verfahren eintretenden stärkeren Kapselrisse geben die Veranlassung zur Bildung von Verknöcherungen der Kapsel, die dann als Myositis ossificans aufgefasst werden können. Verf. empfiehlt daher nach der Reposition einer Ellenbogenluxation mit Fraktur des Proc. coronoid. das Gelenk ruhig zu stellen, um möglichst jeden Reiz, der zur Knochenbildung Anregung geben könnte, zu vermeiden. Sch. schlägt auch vor, bei erhaltenem Proc. coronoid.



vor der Reposition diesen Knochenvorsprung abzumeisseln, um das Trauma der Wiedereinrenkung möglichst gering zu halten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

84) **Bettmann** (Leipzig). Wann ist operatives Vorgehen bei veralteten Querfrakturen des Olecranon mit starker Diastase der Bruchstücke anzuwenden?

Monatsschrift f. Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1909. 9.

Sicher ist in einer Reihe von Fällen ein gutes funktionelles Resultat auch ohne knöcherne Verheilung des Olecranonbruchs möglich. Doch ist genaue Adaption der Bruchstücke wie bei jedem anderen Bruch in jedem Fall zu wünschen, da man nie weiss, ob die Funktion später durch die Diastase nicht beeinträchtigt wird. In veralteten Fällen sollte immer dann operiert werden, wenn eine erhebliche Streckschwäche vorliegt. B. schildert an einem Fall seine osteoplastische Methode: er frischt das obere Bruchstück an und nagelt es auf die angefrischte Hinterfläche der Ulna. Der Späterfolg war ein guter.

Ewald-Hamburg.

85) **P. Glässner** (Berlin). Zur Behandlung der typischen Radiusfraktur.

Mediz. Klin. 1909. 30.

Ohne die funktionelle Behandlung (Lucas-Championnière) oder die Flanellbindenbehandlung (Lexer) zu wideraten, empfiehlt S. das an der Hildebrandschen Klinik übliche alte Königsche Verfahren, dessen gute Erfolge er an der Zusammenstellung und teilweisen Nachuntersuchung der letzt behandelten 100 Radiusfrakturen konstatieren konnte: gewaltsame schnelle Dorsalflexion zur Lockerung der Fragmente (auch bei älteren disloziert verklebten Frakturen anzuwenden!), sofortige Reposition der Hand in Flexion, Pronation und ulnarer Abduktion, Gipsverband von den Metacarpalia bis zum Ellenbogen (Finger frei!), nach 8—10—12 Tagen Massage und Uebungen. Schon nach 3 Wochen tägliche Verrichtungen, nach 4 Wochen einfache Arbeit. — Ein Vorzug dieser Behandlung ist exakte Reposition und Verheilung, trotzdem frühe funktionelle Behandlung.

Ewald-Hamburg.

86) **L. Dubreuil-Chambardel.** Les clinodactylies, Camptodactylie, déviations des doigts en varus et valgus.

Gazette méd. du Centre. 1908 (IV—VII). ref. in Gaz. des hôpitaux. 1909, 101.

Die Camptodaktylie (Flexionskontraktur) hat Verf. bei einer Untersuchung von mehr als 300 Individuen in 13 % aller Fälle



gefunden. Gewöhnlich ist der kleine Finger an beiden Händen befallen.

Als Ursache ist Neuro-arthritis (?), Tuberkulose, Sklerose auf entzündlicher Basis beschuldigt worden. Nach Verfasser handelt es sich um eine leichte anatomische Variation des Köpfchens der Grundphalanx und um eine Biegung der Grundphalanx. —

Unter den Klinodaktylien ist die Varusstellung des kleinen und des Ringfingers, sowie der Index valgus am häufigsten, Daumendeformitäten sind sehr selten. — Alle Missbildungen sind hereditär, kongenital, häufig vergesellschaftet mit Zehendeformitäten.

Ewald-Hamburg.

87) **Muskat** (Berlin). Angeborene familiäre Kontraktur des kleinen Fingers.

Mediz. Klin. 1909. 39.

Von mehreren Autoren ist die Kontraktur über mehrere Generationen verfolgt worden. M. teilt eine Anzahl von Fällen mit, wo erbliche Kontrakturen des Mittelgelenks des kleinen Fingers vorlagen. An den Röntgenbildern hat sich gezeigt, dass nicht nur eine Schrumpfung der Weichteile vorliegt, sondern auch eine Veränderung in den Gelenken selbst: das proximale Gelenkende der Mittelphalanx ist nach der Volarseite zu verschoben. In noch vorgeschritteneren Stadien können sogar Knochenwucherungen an den Gelenkenden auftreten.

Ewald-Hamburg.

88) **Kraemer** (Frankfurt). Ein Beitrag zum Abriss der Streckaponeurose der Finger und dessen Behandlung.

Deutsche med. Wochenschrift 1909. Nr. 14. S. 632.

In dem K.'schen Falle wurde durch Anlegung eines Stärkeverbands mit Dorsalschiene, die das flektierte Endglied in Streckstellung resp. später in Ueberstreckung hielt, im Zeitraum von ca. 14 Tagen Heilung erzielt. Zur Sicherung des Resultates wurde noch 14 Tage lang ein Glacélederdäumling mit dorsal eingenähten Stahlschienchen getragen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

89) **Harrihausen.** Der schnellende Finger.

Deutsche militärärztliche Zeitschr. H. 12. 09.

Bei dem mitgeteilten Falle fand sich bei der Operation ein etwa hanfkorngrosses Knötchen auf der tieferen Beugesehne, das sich mikroskopisch als reines Knorpelgewebe erwies, das nach Verfs. Ansicht auf Keimverlagerung zurückzuführen ist. Das späte Wachstum ist wahrscheinlich durch ein Trauma bedingt. Verf. empfiehlt



bei dem Leiden zunächst eine mechanische Behandlung mit Massage, Uebungen, Handbädern zu versuchen und, wenn keine Besserung nach etwa Monaten eintritt, operativ vorzugehen.

Meyer-Heidelberg.

90) **Pürkhauer** (München). Ueber congenitalen Femurdefekt.

Zeitschr. für orthopädische Chirurgie. Bd. 23, H. 3—4, S. 368.

In dem einen von P. berichteten Falle fand sich ein völliges Fehlen des oberen Femurabschnittes, in dem anderen eine Wachstumsverkürzung des Femur mit Knickung und Verdickung der Kortikalis in der Mitte der Diaphyse. Verf. hält für möglich, dass amniotische Verwachsungen an dieser Stelle die Ernährung und das Wachstum des Knochens geschädigt haben könnten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

91) **Aug. Fischer** (Darmstadt). Ueber schwere Beckenluxationen und Verletzungen der umgebenden Weichteile: typische Rodelverletzungen.

Zentralbl. für Chir. 1909. 38.

Ein mit sechs Männern bemannter Bobsleigh fuhr in voller Fahrt gegen einen Baumstamm. Der Vordermann war sofort tot, die drei nächstfolgenden Verletzten wiesen dieselben Schädigungen auf, um so mehr, je weiter nach vorn sie gesessen hatten: Blutunterlaufungen in beiden Schenkelbeugen, am Damm und Skrotum (dessen Haut zweimal eingerissen war, so dass ein Hodenvorfall bestand!), ferner Klaffen der Symphyse und Verschiebung des Kreuzbeins nach vorn. Die Verletzung ist dadurch zustande gekommen, dass bei dem heftigen Aufeinanderfahren der Hintersitzende mit den vorderen Beckenteilen dem Vordermann auf das Kreuzbein auffuhr. Zwei von den Verletzten starben nach einigen Tagen an Shok und Sepsis.

Ewald-Hamburg.

92) **R. Felten** (Wismar). Luxation einer Beckenhälfte; Heilung. Osteomyelitis als Spätfolge des Unfalls.

Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen. 1909. 10.

Ein 23 jähriger Mann erlitt eine schwere Beckenverletzung durch Ueberfahrenwerden; er musste seitdem hinken, weil das linke Bein kürzer war, hat aber 9 Wochen nach dem Unfall die volle Arbeit wieder aufgenommen: 4 Jahre später löste ein unbedeutendes Trauma an der verletzten Beckenseite eine Osteomyelitis aus, die von einem infizierten abgesprengten Knochenstück des aufsteigenden Schambeinastes ausging. Das Röntgenbild zeigte eine völlige



Luxation (hinten und an der Symphyse!) der linken Beckenhälfte. — Die Osteomyelitis muss mit dem um 4 Jahre zurückliegenden Unfall in ursächlichem Zusammenhang stehend angenommen werden.

Ewald-Hamburg.

93) **L. Lamy** (Paris). Coxalgie gauche chez un enfant de 3 ans.

Revue d'orth. 1909. Nr. 4.

Bei dem dreijährigen Jungen zeigen die zwei Röntgenbilder, die in einem Zwischenraum von drei Monaten aufgenommen waren, ein äusserst rapides Fortschreiten der Knochendestruktion durch den tuberkulösen Prozess, der den Kopf und Hals des Femur fast ganz zum Verschwinden gebracht und eine Luxation herbeigeführt hatte.

Ewald - Hamburg.

94) **Markus** (Posen). Ueber Knieschmerzen bei Hüftgelenksleiden.

Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen. 1909. Nr. 9.

Ein 20 j. bisher gesundes Mädchen fällt auf ein Knie und klagt seitdem über Schmerzen im Kniegelenk. Sie wurde deswegen mehrfach untersucht, doch wurde erst drei Jahre später als Ursache der bleibenden Schmerzen eine Coxitis festgestellt. M. glaubt, dass diese nach dem Unfall entstanden und ursächlich auf denselben zurückzuführen ist. Die Coxitis ist wahrscheinlich nicht tuberkulöser, sondern rein traumatischer (?) Natur.

Ewald - Hamburg.

95) **A. v. Lichtenberg** (Strassburg). Ueber eine zweckmässige Form der Behandlung der Kontraktur bei der tuberkulösen Hüftgelenksentzündung.

Münch. med. Woch. 1909, 37.

Der Patient kommt auf die von Dollinger angegebenen Lagerungsstangen zu liegen, wo zunächst das Becken mit einem Gipsverband fixiert wird. In der Höhe des Hüftgelenks befindet sich an den Lagerungsstangen ein Kugelgelenk, das sog. Stützstangen trägt, die der jeweiligen Kontrakturstellung des Beines angepasst werden können. Nach Fixation des Beckens gelingt es ohne Narkose und Schmerzen leicht, mit Hilfe dieser im Kugelgelenk beweglichen Stützstangen, dem Bein die richtige Stellung zu geben, worauf es mit dem Gipsverband fixiert wird. Keine Reaktion nach dem Redressement. Diese Methode der Verbandanlegung ist in der Madelung'schen Klinik auch bei der kongenitalen Hüftluxation im Gebrauch.

Ewald - Hamburg.



96) **v. Baeyer** (München). Die Bedeutung des Bandapparates am Hüftgelenk für die Mechanik der Coxa vara.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXI, Heft 4, S. 513.

Verf. hat bei seinen Untersuchungen am normalen Hüftgelenk das Vorhandensein eines bisher nicht beschriebenen Verstärkungsbandes der Hüftgelenkkapsel festgestellt, das er nach seinem Verlauf als Lig. ischiofemorale anterius bezeichnet. Seiner Lage nach muss dieses Band bei der starken Flexionsstellung der Foetalhaltung die Ausrenkung des Kopfes nach unten verhindern. Das Ligamentum ischiofemorale anterius, welches für gewöhnlich der Extension ein Ziel setzt, wird bei Coxa-varastellung entspannt, wodurch sich die Hyperextension bei dieser Deformität erklärt. Das Lig. teres spielt dabei keine Rolle. Die verminderte Beugefähigkeit ist dadurch begründet, dass die Ansatzpunkte des Lig. ileofermorale superius sich bei Coxa-vara-Bildung in der Weise ändern, dass bei Flexion eine frühzeitigere Anspannung und damit eine Hemmung eintritt. Die Abduktionsbehinderung ist durch knöcherne Widerstände verursacht. Das Lig. ischiofemorale post. lässt nur eine verringerte Innenrotation zu, während das relativ länger gewordene Lig. pubocapsulare eine grössere Aussenrotation gestattet.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

97) **K. Waegner** (Charkow). Fehldiagnose bei Schenkelhalsbrüchen.

Monatsschr. f. Unfallheilkunde und Invalidenwesen. 1909. Sept.

Zwei Fälle, in denen die Fraktur nicht erkannt wurde und deshalb unbehandelt blieb. Die Röntgenbilder zeigen deutlich die nicht verheilte Fraktur mit dislozierten Bruchenden. Callusmassen sind nicht zu entdecken, weshalb man einen intrakapsulären Bruch annehmen muss. Die grosse Beweglichkeit des Beines in der Hüfte (nur Abduktion ist behindert) beweist die Pseudarthrose, denn bei fest verheiltem Bruch wäre das Hüftgelenk steif.

W. fordert: „Die Untersuchung, Behandlung und Begutachtung Unfallverletzter sollte in den Händen geschulter Unfallärzte liegen.“

Ewald-Hamburg.

98) **Carleton P. Flint.** Operative Behandlung der Schenkelhalsfrakturen beim Erwachsenen.

Annal. of surg. 1908, Nov. (Gazette des hôpitaux, 1909, 101.)

Im hohen Alter soll man die Schenkelhalsfrakturen nicht operativ behandeln.



Bei jungen Leuten ist bei eingekeilter Fraktur, wenn Schmerzen und Schwäche lange anhalten, die subtrochantere Osteotomie zu machen. Bei sehr starker Deformation muss der Kopf reseziert werden.

Bei nicht eingekeilten Frakturen ist erst durch Gipsverband zu versuchen, in richtiger Stellung eine Heilung zu erreichen; ist die Konsolidation aber nach 2—3 Monaten nicht eingetreten, so soll bei kleinem Gelenkfragment reseziert, bei grossem genagelt werden. Zum Nageln soll man Rinderknochen nehmen, der in 10 Monaten resorbiert ist; Metallnägel müssen immer extrahiert werden. Später muss mindestens ein Jahr lang immobilisiert und entlastet werden. Bei der Operation findet man oft Cysten, wie bei alten Frakturen. Diese Cysten haben die Vereinigung verhindert. — Bezüglich des Erfolgs ist zu sagen, dass die Resektion bei jungen wie bei alten Patienten das beste Verfahren ist.

Verf. geht immer folgendermassen vor: er versucht zunächst die unblutige Konsolidation; misslingt diese, so nagelt er, wenn er kann, da bei dieser Methode das Hüftgelenk beweglich bleibt. Kann er nicht, so reseziert er das Gelenkfragment und erstrebt eine Ankylose. Bei alten, kräftigen Leuten operiert er sofort.

Ewald-Hamburg.

99) **Lorenz** (Wien). Grundsätze der Behandlung veralteter traumatischer Hüftgelenksverrenkungen.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 287.

Die schlechten Erfolge der blutigen Reposition der veralteten traumatischen Hüftluxation haben den Verf. dazu geführt, in einem Falle, in dem die unblutige Reposition unmöglich war, die Transposition des Schenkelkopfes zu versuchen. Es gelang auch, die Transposition auf die Gelenkpfanne zu erreichen und das Endresultat war, nachdem Druckschwund der interponierten Teile eingetreten war, eine tatsächliche Einstellung des Kopfes in die Pfanne. L. rät dazu, in jedem Falle von irreponibler veralteter traumatischer Hüftluxation statt der blutigen Einrenkung lieber die Transposition sub spinam oder womöglich auf die Pfannengegend zu machen, da dies Verfahren weniger gefährlich für den Patienten und sicherer im Erfolge sei.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

100) **Joachimsthal** (Berlin). Die angeborene Hüftgelenksverrenkung als Teilerscheinung anderer angeborener Anomalien.

Zeitschr. für orthopädische Chirugie 22. Bd. I.—3. H. S. 31.

J. hebt hervor, dass die mit anderen Anomalien vergesell-



schaftete Hüftluxation eine relativ gute Heilungstendenz bei Behandlung im geeigneten Alter zeige. Verfasser hat eine derartige Kombination anderer Deformitäten mit Lux. cox. cong. verhältnismässig häufig beobachtet. Auch die Verrenkungen anderer Gelenke (Knie und Radiusköpfchen) waren nicht so sehr selten festzustellen. Klumpfüsse, Defekt und Spaltbildungen der unteren Extremität konnte J. in einzelnen Fällen zugleich mit der Hüftverrenkung beobachten. In 2 Fällen fand sich die Lux. cox. cong. zugleich mit Spina bifida occulta. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

101) **Gocht** (Halle). Weitere pathologisch- anatomische Untersuchungen aus dem Bereiche des kongenital verrenkten Hüftgelenks.

Zeitschr. für orth. Chirurgie 22. Bd. 1.—3. H. S. 252.

Nach G.'s Untersuchungen hält der Fötus in utero seine Hüftgelenke normaler Weite in Flexion, Adduktion und Aussenrotation. Ist ausnahmsweise eine Innenrotation vorhanden, so entsteht dadurch eine Anteversion des oberen Femurendes, die nicht mit einer Anteversion des Schenkelhalses zu verwechseln ist. Im Gegenteil kann bei starker Anteversion des Femurschaftes eine Retroversion des Kopfes und Halses bestehen. Findet die Luxation bereits im 3.—4. Fötalmonat statt, so ist infolge der Dünnheit der zwischen gelagerten Kapsel die Bildung einer Nearthrose leicht, später verhindert die stärker entwickelte Kapsel die Entstehung einer neuen Gelenkpfanne. Die Untersuchung eines Beckenpräparats einer 4 jährigen Luxation ergab, dass das Ligament. ileofemorale sup. stark verkürzt ist und sich bei allen ausgiebigen Bewegungen des Hüftgelenks anspannt. Ferner, dass rechtwinklige Beugung und Auswärtsrotation bei starker Abduktion die geeignetste Position zur Reposition und Retention des Kopfes darstellen.

Ottendorff-HamburgAltona.

102) **Horváth** (Budapest). Beiträge zur Pathologie und Therapie der angeborenen Hüftverrenkung.

Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 4, S. 441.

H. hat an Präparaten von normalen und Luxationsbecken eine grosse Reihe von Röntgenaufnahmen gemacht. Um die Lage der einzelnen Teile im Bilde genau feststellen zu können, hat er sie am Präparat durch Metallnadeln und Drähte sowie durch Gips bezeichnet, auch einzelne Teile des Beckens zu dem Zwecke entfernt. Dach und Vorderrand der Wölbung werden danach auch



bei jüngeren Kindern im Röntgenbilde gut dargestellt, Vorder- und Hinterrand weniger genau. Der knöcherne Teil der Pfanne würde für den Halt des Kopfes nicht genügen, möglich ist es nur durch den knorpligen Anteil. Die sog. Thränenfigur des Röntgenbildes ist der Ausdruck des Recessus acetabuli, wie bereits von Reiner und Werndorff festgestellt wurde, und lässt sich zur Messung der Dicke des Pfannenbodens verwerten, zur Feststellung der Pfannentiefe ist das Röntgenbild wenigstens bei jüngeren Kindern nicht geeignet. Bei dem Becken eines 2 jährigen Kindes (Präparat) ergab die anatomische Untersuchung verhältnismässig geringe Veränderungen am Becken, sehr starke aber an den Pfannen.

In 8 Fällen von den 125 des Verfs. ergab die Anamnese aus der Säuglingszeit Kontrakturen des Beines, welches sich später als verrenkt herausstellte. Verf. erklärt diese Kontrakturen und damit auch die Hüftverrenkung als durch intrauterinen Druck entstanden und stellt die Vermutung auf, dass auch bei den anderen Fällen derartige intrauterine Belastungsdeformitäten bestanden haben könnten, die aber postfötal bereits verschwunden seien. Einen weiteren Beweis für die mechanische Entstehung der Lux. cox. cong. findet Verf. darin, dass die gleichen Veränderungen der Pfanne sich sowohl bei der angeborenen Verrenkung als auch bei anderen Affektionen zeigen, bei welchen der Kopf in der Pfanne fehlt, so bei experimenteller Resektion des Femurkopfes bei Luxationen, bei spastischen Kontrakturen (Little). Ausser der Verdickung des Pfannenbodens handelt es sich auch um das längere Bestehen oder die grössere Breite der knorpeligen Verbindung zwischen dem Ramus ascendens des Sitzbeins und dem Ramus descendens des Schambeins am unteren Rande des Foramen obturatorium. Verf. konnte sogar bei einer Luxation, die sich bei einem Falle Littlescher Krankheit entwickelte, das allmälige Entstehen der Pfannenveränderung feststellen. H. ist deshalb der Ansicht, dass die Pfannenveränderungen sekundärer Natur sind, und dass die Kraft, die den Kopf aus der Pfanne treibt, ausserhalb des Gelenkes zu suchen sei. Die schon von anderen angegebene Steilheit des Pfannendaches, fand auch Verf. bestätigt, doch glaubt er die Steilheit des Pfannendachs, die andere auch auf der klinisch gesunden Seite beobachteten, als physiologisch, dem Alter des Kindes entsprechend, deuten zu müssen, da er vom 6. Jahre ab bei klinisch normalen Gelenken auch ein Pfannendach von normalem Winkel fand. Jedenfalls ist die Pfanne auf der luxierten Seite steiler als auf der gesunden.



Bei 10 Gelenken unter 171 luxierten Hüften sah H. nur Subluxationen, bei zunehmendem Alter häuften sich die Fälle von Luxatio supracotyloidea, während noch später die iliakale Form am meisten beobachtet wurde. Bis zu dem Alter von 4 Jahren waren die Erfolge eigentlich immer gut, mit zunehmendem Alter wurden die Resultate ungünstiger. Auch die zunehmende Erfahrung des Operateurs beeinflusste das Ergebnis der Behandlung in günstiger Weise. Die Reposition nimmt H. über den hinteren oberen Pfannenrand vor, die Retention wird beim Verbandwechsel durch Röntgenaufnahme kontrolliert. Bei doppelseitigen Verrenkungen reponiert H. einzeitig. Die Fixation erfolgt im Gipsverband in Abduktion von 90°, die Calotsche Stellung von 70° Abduktion und 70° Flexion hält Verf. für ungünstig, da sie die Entstehung von Kontrakturen begünstige. Wegen der eintretenden Knochenatrophie sucht Verf. die Fixationszeit abzukürzen (bei jüngeren Kindern hält er immerhin 7 Monate für nötig) und überlässt dem Kinde selbst die allmähliche Adduktion des Beines. Coxa vara beobachtete H. 12mal, doch glaubt er, dass nur die dabei festgestellte besonders starke Knochenatrophie infolge schwerer Reposition bei älteren Kindern zu einer Erweichung und Verbiegung des Schenkelhalses führe, Epiphysenlösung hält er für unwahrscheinlich. Schliesslich gibt Verf. seiner Ueberzeugung Ausdruck, dass sich nach der Reposition allmählich wieder normale Pfannenverhältnisse ausbilden, was er durch einige Röntgenbilder, die mehr als 4 Jahre nach der Reposition angefertigt sind, nachweist.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

103) **Ludloff** (Breslau). Zur blutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 272.

In einigen Fällen, bei denen es sich als unmöglich erwies, unblutig zu reponieren, hat L. operativ eingegriffen und zwar von einem Schnitt am lateralen Bande des Adduktorenansatzes aus. Man kann dann die Gelenkkapsel von der Incisura acetabuli aus leicht eröffnen und übersieht die Pfanne sehr gut, auch werden dabei keine für die Retention wichtigen Bänder zerschnitten. Die Reposition ist dann auf diesem Wege sehr leicht auszuführen. Der Nachteil, dass der Schnitt in der Nähe der Genitalien liegt, lässt sich durch geeignete Lagerung (Bauchlage) des eingegipsten Kindes beheben.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



104) **Froelich** (Nancy). Was aus einigen geheilten angeborenen Hüftverrenkungen werden kann.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 277.

F. beobachtete unter 230 Fällen von Hüftluxation 10 mal zum Teil erst einige Jahre nach der Reposition Komplikationen an dem vorher erkrankt gewesenen Beine. Auffallend war die Tatsache, dass diese Erscheinungen gerade bei tadellos geheilten Patienten auftraten. Es handelte sich in 4 Fällen um Coxa vara, in 2 weiteren um ausgedehnten Schwund des Schenkelhalses. Diese beiden Vorkommnisse können mit der Reposition zusammenhängen, während das bei den 2 Coxitisfällen und einer traumatischen Verrenkung des Hüftgelenks 6 Jahre nach der Reposition der angeborenen Luxation schon weniger wahrscheinlich ist. Das Auftreten von spinaler Kinderlähmung in der reponierten Extremität ist jedenfalls ohne jeden Zusammenhang. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

105) **O. Meyer** (Heidelberg). Isolierte Fraktur des Trochanter major.

Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII, 1.

Durch Fall auf die Hüfte zog sich der 48j. Mann obengenannte Verletzung zu, die aus den klinischen Erscheinungen (Abplattung der Trochantergegend, Funktionsstörungen in der Hüfte, Schmerzen an den Trochantermuskeln, Atrophie derselben, weswegen das Trendelenburgsche Phaenomen angedeutet erscheint) und aus dem Röntgenbild erkannt wurde. **Ewald**-Hamburg.

106) **A. Schwarz** (Essen-Ruhr). Zur Nagelextensionsbehandlung der Oberschenkelbrüche.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 24.

Bericht über 18 Fälle von Schaft- und Schenkelhalsfrakturen des Oberschenkels. Der Oberschenkel war in der Extensionsperiode in der Hüfte gebeugt, 15—20 Pfund genügten zur Extension, in 7—8 Wochen war die Bruchstelle fest konsolidiert. Die Nägel wurden im Mittel etwa nach 3 Wochen (8—14—24—30—40 Tage) entfernt. Nur in drei Fällen bestand nach der Heilung eine Verkürzung von 2 cm. Es haften jedoch dem Verfahren auch einige Mängel an (Nagellockerung, auch bei Wilmsschen Nägeln, Verletzung der Epiphysenlinie, Fieber durch Infektion von der Nagelungsstelle aus [ein Todesfall bei einer suprakondylären Fraktur!], Decubitus um die Nägel 10 mal.) Trotz dieser Mängel hält Sch. die Steinmannsche Nagelextension für eine wesentliche Bereicherung unserer Therapie. **Ewald**-Hamburg.



107) **Appel.** Atypische Zerreissung des Kniestreckapparates.

Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 89, Heft 2. 1909.

11 j. Knabe: Fall beim Spielen auf das Knie, kann nicht mehr allein aufstehen und empfindet heftige Schmerzen. Klinisch kugelförmige Auftreibung des Kniegelenks, Schmerzhaftigkeit und Unfähigkeit der aktiven Streckung nachweisbar. Im Röntgenbilde steht die Patella abnorm hoch. Bei der Operation fand sich die Patella im Bereich der Spitze aus der normalen Umhüllung ausgeschält, Oberfläche rauh, während das corpus patellae vorn wie hinten Knorpelläsionen zeigte und seitlich mit der Quadricepssehne verlötet war. Es war die Aponeurose an der Grenze zwischen Apex und Corpus zerrissen in einer horizontalen Ebene; der untere Teil, einem Kegelmantel entsprechend, ist in Verbindung mit dem Lig. patellae geblieben und nach unten disloclert, während der aus der Umgebung ausgeschälte apex patellae im Zusammenhang mit dem corpus durch den Zug der Quadricepssehne stark nach oben disloclert war. Der seitliche Hilfsstreckapparat und die Kapsel waren weit eingerissen. Diese Art der Verletzung ist äusserst selten, da sonst der Streckapparat oberhalb oder unterhalb der Patella einreisst oder Frakturen derselben eintreten. Behandlung bestand in Hineinstülpen der Kniescheibenspitze in ihre Hülse und Vereinigung dort mit Catgut, ebenso Naht des Aponeurosenriss. Heilung p. p. mit guter Funktion. Aetiologisch ist der Fall nicht ganz klar zu stellen gewesen. Verf. meint, dass vielleicht durch zufälliges normwidriges Verhalten der Uebergangsschicht zwischen Apex und corpus und der sie deckenden Sehnenschicht die Zerreissung der Aponeurose zu stande gekommen ist. Verf. hat keinen analogen Fall in der Literatur gefunden. **Meyer**-Heidelberg.

108) **Ott.** Über die operative Behandlung des Genu valgum adolescentium.

Diss. München 1908.

O. gibt unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur einen genauen und ausführlichen Überblick über die Aetiologie, Anatomie und die Behandlungsmethoden des Genu valgum, namentlich mit den letzteren beschäftigt er sich in der ausführlichsten Weise. Er tritt sehr für die Durchmeisselung der Tibia ein, die an der Münchener Klinik an Stelle der früher geübten suprakondylären Osteotomie des Femur seit 1903 fast ausschliesslich gemacht wird. Er berichtet über 16 Patienten mit 28 Genua valga, bei

denen 22 Osteotomien gemacht wurden und zwar drei am Femur und 19 an der Tibia. Bei letzteren wurde stets ein Keil exzidiert; die Fibula wurde nie frakturiert. Die drei Rezidive, die beobachtet wurden, waren dem bestehenden Schlottergelenk zur Last zu legen; in allen übrigen wurden sehr gute funktionelle Resultate erzielt. Aus einer zweimal an der Operationsstelle auftretenden Rekurvierung erwuchsen keinerlei funktionelle Störungen; zudem lässt sich eine solche bei gut angelegtem Verbande vermeiden. O. weist die Vorwürfe, die man der Osteotomie an der Tibia gemacht hat, entschieden zurück und ist auf Grund seiner Erfahrungen zu der Ansicht gekommen, dass die Keilosteotomie der Tibia mindestens ebenso gute Resultate liefert wie die Mac-Ewen'sche Operation, und dass ihre funktionellen und kosmetischen Erfolge allen Anforderungen genügen. Nach seiner Meinung weist ihre einfache und völlig gefahrlose Ausführung im Zusammenhang damit ihr den ersten Platz an unter den extra-artikulären Operationsmethoden des Genu valgum, die nur dann nicht indiziert ist, wenn die Verkrümmung in ganz überwiegendem Masse am Femur sitzt. Die 16 Krankengeschichten finden am Schluss der Arbeit ihren Platz, der noch ein 95 Nummern umfassendes Litteraturverzeichnis beigefügt ist.

Blencke-Magdeburg.

109) **Wegemund.** Welches ist der zuverlässigste und praktischste Kunstgriff, den Patellarreflex auszulösen.

Diss. Leipzig. 1909.

Von allen Kunstgriffen, die bei der Auslösung des Kniescheibenreflexes angegeben sind und die W. in 2 grosse Gruppen teilt, in solche, die durch irgend welche geistige oder körperliche Funktionen den Untersuchten im Momente des Beklopfens von der Prüfung abzulenken suchen, und in solche, die durch besondere Lagerung der zu untersuchenden Extremität einen Erfolg zu bekommen hoffen, hält W. auf Grund seiner Untersuchungen den Krönigschen für den besten, der auch insofern den fast gleich guten Jendrassikschen noch übertrifft und zwar deshalb wohl, weil das Verfahren aus dem täglichen Leben und den Lebensgewohnheiten jedes einzelnen entnommen ist und deshalb viel leichter verständlich wird. Er iet, noch seine Hand zwischen Patella des einen und Kniehöhlung des anderen Beines zu legen, weil man so sofort die kleinste Kontraktion der Oberschenkelbeuger infolge der Einpressung der betreffenden Hand bemerken kann.

Blencke-Magdeburg.



110) **Selberg** (Berlin). Quadricepsplastik.

Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 29. S. 1270.

Bei einem jetzt 9 Jahre alten Mädchen war der Ersatz des Quadrizeps durch Ueberpflanzung der inneren und äusseren Beuger bewirkt worden. Nach einiger Zeit entstand durch Ueberwiegen des an der Aussenseite angenähten Bizeps eine Luxation der Patella nach aussen, die bei der Streckung sehr hinderlich war. Es wurde deshalb die Tuberositas tibiae abgemeisselt und medialwärts am inneren Condylus der Tibia subperiostal wieder implantiert. Der Aufsatz schliesst mit einigen Bemerkungen über die Technik der Quadrizepsplastik. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

111) **R. Klapp** (Berlin). Die operative Mobilisierung des Kniegelenks.

Zentralblatt für Chir. 1909. 35.

Da Eingriffe am Kniegelenk selbst wegen der Bänderlockerung zu keinem befriedigenden Resultat führten, ist K. von der Ueberlegung ausgegangen, dass einmal der Bandapparat zu schonen, andrerseits der hintere Knorpelüberzug der Femurkondylen noch intakt ist. Daher wird in Narkose das Knie über einen rechten Winkel gebeugt, dann von Aussen- und Innenseite her aus der Femurepiphyse ein Keil mit der Basis nach vorn heraus gemeisselt, darauf das untere Fragment an den Femurschaft genagelt. Fascien-Hautnaht, Gipsverband in gestreckter Beinstellung, nach 6 Tagen wird der Nagel herausgezogen, nach 8 Tagen schon Bewegungen, nach 14 (!) Tagen Verband ab. Bisher 2 Fälle operiert. Einer bewegt Bein im Kniegelenk aktiv um 45°. — Zunächst Scharnierapparat. (Und ein späteres genu recurvatum? Ref.)

Ewald-Hamburg.

112) **A. Bum** (Wien). Die Infiltrationstherapie der Ischias.

Mediz. Klin. 1909. 30.

B. stellt sich die Wirkung der Injektion so vor, dass die in der Nervenscheide unter maximalem Druck in einem Zuge injizierte isotonische Kochsalzlösung die Verklebungen der Ischiadikusscheide dehnt resp. zerreisst. Dazu ist eine intensive Druckwirkung von 100—200 cbcm. Infiltrationsflüssigkeit nötig.

B. hat die Methode 308 mal angewandt und berichtet über 274 statistisch verwertbare Fälle, davon sind 169 dauernd geheilt, 54 gebessert, 13 rezidiviert, 38 ungeheilt. Die Zahl der Injektionen war in:



121 Fällen je 1
136 „ „ 2
14 „ „ 3
4 „ „ 4

Punkt der Injektionen: am Schnittpunkt des langen Bizepskopfes mit dem glutaeus maximus; — unterstützte Knieellenbogenlage.

Ewald-Hamburg.

113) **Bergemann.** Ueber die Entwicklung der Tuberositas tibiae und ihre typische Erkrankung in der Adolescenz.

Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 89, Heft 2.

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen bei zahlreichen gesunden Kindern und bei 3 Patienten, die die typischen Zeichen der Erkrankung der Tuberositas tibiae zeigten: Anschwellung und Druckschmerzhaftigkeit, zu der Ansicht, dass es sich um Schädigungen des Apophysenknorpels durch ein Trauma, sei es nun direkter Stoss oder wiederholte Zerrung des Ligamentum patellae, handelt. Dadurch kommt es zu den bekannten Absonderlichkeiten in der Knochenbildung. Er fand bei den gesunden Knaben eine grosse Regellosigkeit in der Ossifikation der Apophyse; meistens liess sich ein schnabelförmiger Fortsatz erkennen, der offenbar der Epiphyse entstammte, während der untere Abschnitt des „Rüssels" selbständig aus der Mitte des vorgebildeten Knorpels ossifizierte, in dem sich eine verschiedene Anzahl von Knochenkernen von wechselnder Form vorfand. Auch bei gesunden Kindern finden sich an den beiden Beinen Differenzen in der Ossifikation, die bei einseitigem Trauma nach Verfs. Ansicht zur völlig unregelmässigen Knochenbildung — evtl. Auftreten neuer isolierter Knochenkerne im Knorpel — führen können. Verf. glaubt deshalb, dass es sich bei den von Schlatter veröffentlichten Fällen nicht um partielle Frakturen der Tuberositas tibiae handelt, sondern erklärt die isoliert liegenden Knochenschatten und kolbigen Verdickungen des unteren von der Diaphyse abgehobenen Rüsselendes für häufige Befunde, die sich durch die Verschiedenheit des Ossifikationsvorganges erklären lassen. Therapeutisch empfiehlt Verf. ausser Schonung der Extremität keine weiteren Massnahmen. Er glaubt alle fixierenden Verbände entbehren zu können.

Meyer-Heidelberg.

114) **Duclaux.** Incurvations rachitiques des os de la jambe et leur traitement.

Rachitische Verbiegungen der Unterschenkel und ihre Behandlnng.
Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 22. Nr. 2. S. 40.

Bei Kindern, die noch nicht laufen können und deren Knochen



noch weich sind, besteht vor allem die Allgemeinbehandlung der Rachitis zu Recht. Können die Kinder bereits laufen, so ist, falls die Verbiegungen noch nachgiebig sind, interne Behandlung nebst allmähligem Redressement oder manueller brüsker Korrektur in Narkose das beste Verfahren. Beim Herumlaufen sollen die Kinder korrigierende Schienen tragen. Sind die Knochen bereits fest, so führt die Osteoklasie oder besser noch die Osteotomie am raschesten und am sichersten zum Ziel. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

115) **M. Monsaiglon** (Paris). Fractures de l'extrémité inférieure des os de la jambe et décollements épiphysaires.

Revue d'orth. 1909. Nr. 3.

Die typische Knöchelfraktur ist vor dem 18. Lebensjahr sehr selten. Meist kommt es zu Epiphysenlösungen, am häufigsten zu einer Fraktur der Fibula und Epiphysenlösung an der unteren Epiphyse der Tibia. (2 Fälle eines 11- und 12 jährigen Kindes, in 4 Wochen in richtiger Stellung mit Gipsschiene geheilt.) Die Fixation in korrigierter Stellung ist wichtig: Fall eines 7 jährigen Kindes, wo wegen schlechter primärer Heilung (zu frühe Belastung!) ein starker Pes valgus sich herausbildete, der durch Osteotomie der Fibula und Kontinuitätsresektion der Tibia beseitigt werden musste. M. warnt vor Massage in diesen Fällen. **Ewald**-Hamburg.

116) **Bilhaut** (Paris). Fracture bimalléolaire vicieusement consolidée. Déviation du pied. Impotence. Conséquences psychiques.

(Ein Fall von mangelhaft geheilter Malleolenfraktur und psychischer Störung infolge der Deformierung und der funktionellen Impotenz des Fusses.)
Bd. 22, Nr. 5, S. 130.

Bei B's Patientin war eine Fraktur beider Malleolen mit einer Deviation des Fusses medialwärts (Klumpfusstellung) geheilt. Trotzdem später durch manuelle Osteoclasie wieder eine normale Konfiguration und Gebrauchsfähigkeit des Fusses geschaffen wurde, konnte die Verletzte nicht dazu gebracht werden, an die Gebrauchsfähigkeit ihres Fusses zu glauben. Die fortschreitende psychische Störung führte schliesslich zu einem Selbstmord der Pat. durch Sturz aus dem Fenster. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

117) **Ernst Tobias** (Berlin). Ueber intermittierendes Hinken.

Mediz. Klinik. 1909. Nr. 27.

T. hat 9 Fälle der „Dyskinesia intermittens arteriosclerotica sive angiospastica“ beobachtet; 8 männlich, 1 weiblich, 5 Juden.

4 Christen, 5 reiche, 4 arme. Charakteristisch war der langsame Beginn der Erkrankung, und das Auftreten der Sensationen und krampfhaften Schmerzen erst nach einigem Gehen. Später werden die Störungen permanenter, am heftigsten bei bevorstehender Gangrän. Am wichtigsten für die Diagnose ist das Fehlen des Pulses in den Fuss- und Beinarterien. Oefter konnte allgemeine Arteriosklerose und Herzschwäche konstatiert werden. Tabak (Erb!) spielte in T.'s Fällen keine Rolle, mehr nervöse Störungen (Oppenheim), auch traumatische und klimatische Einwirkungen können von Einfluss sein. Zu fürchten ist vor allem die Gangrän, wenn auch die Gefahr meist nicht sehr gross ist. Was die Therapie anlangt, so sind neben Bädern (kohlensauren) Uebungskuren am Platze. Nebenbei spielt natürlich die Behandlung der Arteriosklerose eine Rolle. Einen Gangränanfall hat T. nicht beobachtet; die Behandlung hat häufig keine befriedigenden Ergebnisse gezeitigt.

Ewald-Hamburg.

118) **Heilig** (Kassel). Ein Fall von Zertrümmerung des Fussskeletts mit operativer Heilung.

Mediz. Klin. 1909. Nr. 22.

Durch einen Sturz vom Pferd wurden einem Kanonier ausser dem äusseren Knöchel die Basis des metatarsale I und die Köpfchen der anderen 4 Mittelfussknochen frakturiert. Nach 6 Wochen wird die Basisfraktur blutig korrigiert und mit Draht fixiert, die gänzlich lateral und rückwärts verschobenen Mittelfussköpfchen werden angefrischt und den proximalen Frakturenden gegenübergestellt. Gipsverband in starker Hohlfussstellung. Nach dem Röntgenbild ist die Stellung der frakturierten Knochen gut. Der Mann wurde dienstunfähig, doch „dürfte seine Erwerbsfähigkeit im Zivilleben kaum wesentlich beeinträchtigt sein".

Ewald-Hamburg.

119) **A. Lapointe.** Déformation du pied par fracture ancienne de l'astragale, attribuée à un accident récent.

Revue clinique 1909. Nr. 7.

Ein 27 jähriger Arbeiter wollte nach einer leichten Distorsion einen schweren Plattfuss davongetragen haben. Das Röntgenbild ergab einen Bruch des Talushalses und ein Heruntergetretensein des Navikulare mit dem Taluskopf, der ausserdem Resorptionserscheinungen zeigte. Da der gute Gang kurz nach dem Unfall, das Fehlen der Schwellung und jeden Schmerzes für eine alte



Verletzung sprachen, so wurden die Rentenansprüche des Mannes abgewiesen, worauf letzterer ohne weiteres wieder seine Arbeit aufnahm. **Ewald**-Hamburg.

120) **R. Levy** (Breslau). Talusfrakturen.

Berlin. klin. Woch. 1909. Nr. 24.

1. Fall: 16 jähriges Dienstmädchen, auf der letzten Treppenstufe ausgerutscht, starke Schmerzen bei Dorsalflexion des Fusses. Röntgenbild von vorn nach hinten ergibt Fraktur der Talusrolle. Ther. Gipshanfschiene in starker Dorsalflexion des Fusses angelegt; nach 9 Wochen völlige Beweglichkeit.

2. Fall: 39 jähriger Mann, 1½ m hoch auf beide Füsse gefallen. Nach dem Röntgenbilde Fraktur des Talushalses. Volle Dorsalflexion, trotzdem keine Fixationsbehandlung durchgeführt war.

3. Fall: Frau aus dem Wagen geschleudert, bewusstlos. Talushalsfraktur mit Dislokation eines Fragmentes vor den Malleolus ext. Da als Malleolarfraktur mit Fixationsverband behandelt, schlechte Funktion.

4. Fall: Mann, 5 m hoch heruntergefallen, Luxatio pedis sub talo, Abriss des Malleolus ext.

5. Fall: 39 jährige Frau auf einer Eisenbahnschiene ausgeglitten, Zerstörung des Taluskopfes und des Navikulare (Fall erinnert an die tabische Arthropathie des Fusses. Hier aber keine hochgradigen Schmerzen!)

6. Fall: Frau mit Talusfraktur; Fraktur des Taluskopfes und des Navikulare, mit für die Arthropathie typischen Absprengungen nach dem Dorsum des Fusses. „Die Kenntnis der typischen neuropathischen Taluskopffrakturen kann unter Umständen von hoher praktischer Bedeutung sein.“ (Frühdiagnose der Tabes.)

Ewald-Hamburg.

121) **Y. Kawamura** (Tokio). Ueber einen Fall von subkutaner Talusfraktur.

Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII, 1.

Ein Bauer stürzte vom Pferde und zog sich obengenannte isolierte Fraktur zu. Das Röntgenbild ergiebt einen breiten Spalt, der in frontaler Richtung mitten durch die Trochlea geht. Die Talusexstirpation hatte den Erfolg, dass der Mann 4 Monate später ohne Stock weite Strecken gehen konnte. **Ewald**-Hamburg.

122) **F. J. Cotton.** Fraktures of the os calcis.

Boston Med. a. Surg. journ. October 1908. Amer. journ. of orth. surg. 1908. Bd. VI. Nr. 3.

Man soll frischen Kalkaneusbrüchen gegenüber nicht untätig sein. Die Diagnose kann immer aus der Verdickung unterhalb des äusseren Knöchels gestellt werden. Exspektative Behandlung gibt fast immer schlechte Resultate. Daher soll die Dislokation korrigiert werden, eventuell sollen zur Fixation die Fragmente genagelt werden. Gewöhnlich kann dem frakturierten Fersenbein seine normale Form wiedergegeben werden, wenn man die Innenseite des Fusses auf einen Sandsack legt und auf die durch Filz geschützte Aussenseite mit einem schweren Hammer schlägt, und danach die Pro- und Supination freimacht. Der Fuss wird dann fixiert, nach 10 Tagen wird mit Massage begonnen. Belastet darf der Fuss nicht vor 1 Monat werden. — In alten Fällen hat die Entfernung der Knochenvorsprünge unter dem äusseren Malleolus und an der Sohle guten Erfolg.

Ewald-Hamburg.

123) **J. F. Gottstein** (Reichenberg in Böhmen). Ein Fall von isolierter Luxation des os naviculare tarsi.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 28.

Der Unfall bei einer 46 jährigen Frau kam durch Hängenbleiben des stark plantarflektierten Fusses am Teppich zustande. Die Reposition gelang in Narkose. Ein Röntgenbild wurde nicht gemacht.

Ewald-Hamburg.

124) **Viannay et Gonijon** (Paris). Luxation sousastragalienne du pied en dedans. Irréductibilité; astragalectomie.

(Ein Fall von Luxatio pedis sub talo, Entfernung des Talus wegen Unmöglichkeit der Reposition.)

Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 22, Nr. 4, S. 120.

Der Fall erscheint den Verf. dadurch bemerkenswert, dass infolge einer geringen Subluxation des Talus die Luxation des übrigen Fussteils nicht mehr zu reponieren war. Es wurde deshalb die Exstirpation des Talus vorgenommen, die einen guten Erfolg ergab.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

125) **Tubby.** Diffuse painful lipoma of the foot.

American Journal of orthopädic. Surgery. Mai 1909.

T. beschreibt eine doppelseitig am und unter dem inneren Fussrand gelegene ovale, 1—1½ Zoll grosse, langsam wachsende Geschwulst, die aus Fett bestand, ohne Entzündungserscheinungen

auftrat, aber auf Druck schmerzhaft war, und excidiert wurde. Der Inhalt, der zwar aus sehr blutreichem Fett bestand, sich aber von den umgebenden, dort normal vorhandenen Fettlager deutlich durch seine dunklere Farbe abhob und abschälen liess, ist nicht mit diesem diffusen kongenitalen Lipom zu verwechseln. Mikroskopisch fiel der ausserordentliche Gefässreichtum auf. Aeusserlich kann dieses Leiden leicht mit Plattfuss verwechselt werden, die entsprechend eingeleitete Behandlung verschlimmert die Schmerzen und vergrössert die Geschwulst.

Mosenthal-Berlin.

126) **Lehmann** (Frankfurt a. M.). Einige nützliche Heftpflasterverbände.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 26.

Die Deformität (Plattfuss, Hallux valgus, Hammerzehe, Subluxation eines Metatarsusköpfchens) wird redressiert und durch Heftpflasterstreifen in der korrigierten Stellung fixiert. Nach 14 Tagen eventuell Verbandwechsel. — Auch bei Kniegelenksdistorsionen mit und ohne Erguss hat sich der testudoartige Heftpflasterverband (Kniekehle frei!) bewährt.

Ewald-Hamburg.

127) **K. Gütig.** Ueber günstige Beeinflussung des mal perforant du pied durch Paraffininjektionen.

Wien. med. Woch. Nr. 38.

Die Schwielenbildung, welche Verf. als Vorläufer der Erkrankung beobachtet hat, wird begünstigt durch die Druckwirkung hervorragender Knochenteile. Durch deren Umpolsterung mit Paraffin hofft man die Entstehung eines Geschwüres zu verhindern, sowie das bereits bestehende Uebel der Heilung zuzuführen. Es werden zwei Fälle vollkommener Heilung vorgeführt. In einem sehr vorgeschrittenen Falle, bei welchem Gelenke und Knochen angegriffen waren und in freier Kommunikation mit der Aussenfläche standen, versagte das Verfahren, weil das Paraffin, wie der Autor meint, durch die Wunde ausgetreten ist.

Uebrigens ist bekannt, dass Paraffin so gut wie andere Fremdkörper nur in völlig aseptischem Gewebe einheilen, daher bei länger bestehendem Geschwür von Paraffin nicht viel zu erwarten ist.

Spitzy-Graz.

128) **Gautier** und **Tissier** (Paris). Tarsalgie des accouchées

Gazette des hôpitaux. 1909. Nr. 70.

Der häufig bei Frauen post partum entstehende Plattfuss hat nach der Meinung der Verff. darin seine Ursache, dass die Frauen



während der letzten Monate der Gravidität beim Gehen und Stehen mehr den Calcaneus belasten, weswegen eine Inaktivitätsatrophie des tibialis post. sowie der kurzen Zehenbeuger eintritt. Die Folge ist ein teilweises Verschwinden des Fussgewölbes, begleitet von typischen Plattfussbeschwerden. Die Behandlung besteht in Kräftigung der schwächer gewordenen Muskeln durch Massage und Uebungen und der Verabreichung einer Einlage.

Ewald-Hamburg.

129) **W. Becker** (Bremen). Ueber Insuffizienz des Fusses. Mediz. Klin. 1909. 12.

Der Fuss ist ein Belastungsorgan, das zugleich kraft seines komplizierten Baues Gleichgewichtsverschiebungen balanzieren kann. Jede Erkrankung des Fusses muss sowohl eine herabgesetzte Tragfähigkeit als auch eine verminderte Beweglichkeit zur Folge haben; dabei braucht durchaus nicht immer der insuffiziente Fuss ein „Plattfuss" zu sein. Jedenfalls steht die Abflachung des Gewölbes in gar keinem Verhältnis zu den Beschwerden.

Als ätiologische Momente nennt B. 1. die statische Insuffizienz (zu grosse und zu lange Belastung, verminderte Knochenfestigkeit bei Rachitis, Unterernährung u. s. w., Tabes Diabetes). 2. die traumatische Insuffizienz (Malleolarfrakturen, sämtliche Fussverletzungen, auch noch so geringer Art, insbesondere Metatarsalfrakturen, Bänderdehnung). 3. die entzündliche Insuffizienz (meist sekundäre „rheumatische" Entzündungen bei statischer Insuffizienz). 4. die paralytische Insuffizienz (Lähmung des tibialis ant. und post. und der Fussohlenmuskulatur bei Kinderlähmung, Parese bei Hysterie, Tabes, Little, Muskeldystrophie, Arteriosklerose u. s. w.).

Nach Besprechung der Symptome und der Differentialdiagnose (Rheumatismus, Gicht, Tuberkulose, Achillodynie) kommt B. zur Therapie (Einlage aus Hornhautleder, in schweren Fällen Schienenhülsenapparat, Massage und Uebungen zur Beseitigung der Muskelinsuffizienz. In schweren Fällen unblutiges Redressement nach Schultze (Duisburg), nach vorausgeschickter Achillotenotomie; bei pes valgus paralyticus Sehnentransplantation. Prophylaktisch sind zweckmässige Kinderschuhe zu empfehlen: Gerader Verlauf des Innenrandes der Sohle, Absatz, der weit nach vorn reicht und das Fussgewölbe stützt.

Ewald-Hamburg.



130) **Canchoise** (Paris). Le traitement sanglant du pied plat valgus invétéré. (Die blutige Behandlung des inveterierten Plattfusses.)

Revue de chirurgie. Bd. 38. Heft 12. S. 700.

C. bespricht die Anatomie des Plattfusses, spez. die Veränderungen der einzelnen Fusswurzelknochen beim schweren Plattfuss und im Anschluss daran die verschiedenen Behandlungsverfahren, von denen ein Teil die Muskeln und Sehnen, ein anderer Teil das knöcherne Skelett in Angriff nimmt, oder kombinierte Methoden anwendet. Muskeloperationen lässt Verf. nur für den noch beweglichen Fuss gelten, während er für den fixierten Plattfuss ein Verfahren vorschlägt, das in der Entfernung eines Keiles aus der Fusswurzel besteht. Der Keil hat seine Basis sowohl nach der medialen wie nach der plantaren Seite, sodass er von der Innenseite des Fusses gesehen eine trapezoide Gestalt aufweist. Der Keil umfasst den vordersten Teil des Calcaneus und den hinteren Teil des Naviculare nebst dem dazwischenliegenden Gelenk. Wenn die angefrischten Knochenflächen durch Naht vereinigt werden, so wird einerseits die Abduktion des vorderen Fussteiles beseitigt, andererseits das Fussgewölbe wieder hergestellt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

131) S. **Mercadé.** Fracture du cinquième métatarsien.

Gazette des hôpitaux. 1909. Nr. 84.

Ein 18jähriger kräftiger Mensch verspürte plötzlich beim Laufen einen heftigen Schmerz in der Gegend der Tuberositas metatarsi V. Das Röntgenbild zeigt hier eine Fraktur, die erst konsolidierte, als Pat. absolute Ruhe bewahrte. — Entstehungsmechanismus: in einigen Fällen forcierte Kontraktion des Peroneus tertius. Meistens wohl aber Fehltritt, Belastung des V. Mittelfussknochens während starker Plantarflexion.

Ewald-Hamburg.

132) **Muskat**. Plattfusseinlage oder Plattfussbehandlung?

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1909. 14.

Ausgehend von dem Gedanken, dass die Plattfusseinlage wohl in den meisten Fällen für den Augenblick die Schmerzen beseitigen, nicht aber die Ursache derselben dauernd entfernen kann, schlägt Verf. folgende systematische Behandlung des Plattfusses vor. Durch aktive und passive Hyperämie wird die Fixation des Fusses gelöst, dann werden medico-mechanische Übungen bezw. andere



gymnastische Übungen (diese dürften wohl jedem Orthopäden bekannt sein) vorgenommen, welche den Fuss aus seiner Pronationsstellung in die Supinationsstellung hineinbringen, und wenn sich der Fuss in einigermassen richtiger Lage befindet, wird ein Heftpflasterverband angelegt, dessen Technik M. genau beschreibt.

Blencke-Magdeburg.

133) **Muskat** (Berlin). Plattfusstiefel ohne Einlage.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 25.

M. lässt bei Plattfuss einen Stiefel machen, bei dem die Sohle zugleich die Einlage bildet. Die Ledersohle wird auf das Gipsmodell modelliert, sie geht natürlich an der Innenseite des Fusses, der Wölbung entsprechend hoch und wird direkt mit dem Oberleder vernäht. **Ewald**-Hamburg.

134) **Nové-Josserand** u. A. **Rendu** (Lyon). Du traitement des pieds bots congénitaux dans les trois mois qui suivent la naissance.

Revue d'orth. 1909. Nr. 4.

Genaue Beschreibung der Finckschen Methode der Klumpfussbehandlung im Säuglingsalter: Redressement ohne Narkose, Flanellbindenklebeverband mit Metallsohle, täglich weitere korrigierende Redressements, bis nach ca. 14 Tagen die Korrektion vollständig ist und nach einem Modell ein Zelluloidapparat gemacht werden kann, der aus Becken-, Knie- und Sohlenteil besteht, von denen die ersteren mit Riemen, Knie und Sohlenteil mit drei Gummizügen verbunden sind. Zwei Züge gehen von der Aussenseite der Sohle aus (Dorsalflexion und Pronation!) einer von der Innenseite (Dorsalflexion) und werden an einem am Knieteil befindlichen Haken unter passender Spannung befestigt, sodass der Fuss in korrigierter Stellung gehalten wird und sich trotzdem bewegen kann. Der Apparat wird einen Monat lang Tag und Nacht, dann nur einige Stunden am Tage, dann nur während der Nacht getragen, bis nach $^1/_2$ Jahr die Behandlung abgeschlossen werden kann. — Bericht über 70 Fälle (1 Tag bis 2 Monate alte Kinder, bei denen die Fincksche Methode mehr oder weniger modifiziert und vereinfacht angewandt wurde. Die Resultate sind durchweg glänzend.

Ewald-Hamburg.



135) **van Haelst** (Gent). De la chirurgie tendineuse dans le pied-bot paralytique.

(Ueber Sehnenplastik beim paralytischen Klumpfuss.)

Annales de chirurgie et d'orthopédie. Bd. 22, Nr. 5, S. 147.

Unter Vorstellung eines Falles vom paralytischem Klumpfuss plaidiert Verf. warm für die Anwendung der Sehnenüberpflanzung. Er selbst hatte bei der Patientin durch Verlängerung der Achillessehne, Verkürzung der Extensoren und Ueberpflanzung eines Teiles des Tibialis posticus auf den äusseren Fussrand einen guten Erfolg erzielt. Als neu hebt v. H. hervor, dass die Verlagerung des Tibialiszipfels durch das Spatium interosseum hindurch erfolgte. Verf. führt das gute Resultat auf die Sehnenplastik zurück und refüsiert den Einwand, dass man durch das blosse Redressement das gleiche Ziel erreichen könne. Bei schlaffen Lähmungen sollten auch die französischen Chirurgen dieses vorzugsweise von Deutschen geübte Verfahren mehr in Anwendung ziehen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

136) **Fr. Tausch** (München). Ueber Fussbeschwerden.

Münch. med. Woch. 1909. 41.

T. macht auf die den Orthopäden nicht unbekannte Tatsache aufmerksam, dass bei Knickfuss erhebliche Beschwerden auftreten können. (Ermüdbarkeit eines Beins, Spannungsgefühl in der Wade, Schmerzen unter dem inneren Knöchel, später auch an der Fusssohle usw.) Verwechslungen mit Distorsion, Periostitis, Tabes, Rheumatismus, Phlebitis, Ischias hat T. beobachtet. — Der Grund des Knickfusses ist die Insuffizienz der Supinationsmuskeln, insbesondere des Flexor hallucis longus (Hübscher).

Prophylaktisch und therapeutisch empfiehlt T. das Tragen von richtigem Schuhwerk (besonders zweckmässig erscheinen ihm die „Chasalla"-Stiefel), die Kräftigung der Bein- und Fussmuskeln durch Gymnastik, Erlernen eines richtigen elastischen Ganges, schliesslich die Langesche Plattfusseinlage.

Ewald-Hamburg.

Vereinsnachrichten.

137) **F. Cahen.** Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln. 10. V. 09.

Münch. med. Woch. 1909. Nr. 35.

Ueber Knochentransplantation.

In 4 Fällen wurden tuberkulöse Metakarpalknochen reseciert und erfolgreich durch eine Knochenspange der Ulna ersetzt. — Bei einem 32 j. Mann musste wegen Sarkoms das distale Ende des Radius reseciert werden, doch konnte ein Teil des knorpligen Gelenküberzugs stehen bleiben. In den Defekt



wurde ein 10 cm langes, 1,5 cm breites Ulnastück mit Periost eingepflanzt. Die Funktion des Handgelenks ist vorzüglich. Röntgenbilder zeigen die allmähliche Dickenzunahme des Knochens, seine feste Verbindung mit dem Radiusstumpf, sowie die Ausfüllung des Ulnadefekts im Verlauf von 2 Jahren.
Ewald-Hamburg.

138) **Anschütz.** Medizinische Gesellschaft in Kiel. 15. V. 09.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 33.

Ueber Knochenimplantation.

Zur Behandlung einer kongenitalen Pseudarthrose des Unterschenkels bei einem 7jährigen Mädchen, das schon 3mal mit Naht und Autoplastik erfolglos operiert war, wurde Knochenmaterial eines vor 2 Stunden intra partum gestorbenen gesunden Kindes genommen. Nach Anfrischung und Distraktion der Tibiafragmente werden die beiden Femurdiaphysen des Neugeborenen durch Silberdraht aneinander befestigt, und in die Tibiafragmente eingekeilt. Nach $^1/_2$ Jahr sieht man die Knochenstücke unverändert, von einem zarten Kallus umgeben eingeheilt. Der Unterschenkel ist gerade, nach mehrmaliger Fixation im Gipsverband und Ruhe „ist die Heilung nahezu vollendet". Jedenfalls ist die Implantation gelungen.

In einem andern Fall von Pseudarthrose des Unterschenkels nach Osteomyelitis wurde ein Femur eines siebenmonatigen Foetus als Bolzen benutzt. Nach 8 Wochen ist das Bild der Knochen unverändert, abnorme Beweglichkeit allerdings noch vorhanden. **Ewald**-Hamburg.

139) **Destot.** Société de chir. de Lyon. 22. IV. 1909.
Revue de chir. 1909, 6.

Demonstration von Tibien einer Frau, die an Pneumonie gestorben war. Die Knochen hatten unregelmässige Gestalt und waren mit Osteophyten und Exostosen besetzt. Die Markhöhle war obliteriert. Die Cortikalis war äusserst dicht. D. glaubt an eine Paget'sche Krankheit. Zeichen von Syphilis fehlten. **Ewald**-Hamburg.

140) **v. Eiselsberg**. Wissenschaftlicher Verein der Militärärzte der Garnison Wien. 13. II. 09.
Deutsche med. Woch. 1909, 33.

Einfluss der Röntgendiagnostik auf die Frakturenbehandlung.

Die Bestrebung, möglichst normale anatomische Verhältnisse bei der Frakturheilung zu erzielen, hat durch die Röntgenkontrolle eine Steigerung erfahren. Restitutio ad integrum ist nun zwar eine der Hauptabsichten, aber nicht die einzige: die Funktion ist ebenso wichtig und kann auch bei nicht idealer Lage der Bruchenden gut sein. Daher ist ein allzumesserfreudiges Vorgehen unangebracht, ausser etwa bei einzelnen seltenen Frakturen und bei Patellarbrüchen. **Ewald**-Hamburg.

141) **Vignard.** Société de Chir. de Lyon. 22. 4. 09.
Revue de chir. 1909. 6.

Bei zwei Kindern hat V. nach abgeheilter Kniegelenkstuberkulose die Arthroklasie (!) vorgenommen. Bei einem Kind war früher schon einmal die



Osteotomie vorgenommen worden, doch hatten die Eltern zu schnell den Apparat entfernt, der das Bein gestreckt hielt. Dieser Apparat muss in jedem derartigen Fall sehr lange Zeit getragen werden. **Ewald**-Hamburg.

142) **Chaput.** Société de chir. de Paris 12. 5. 09.
Revue de chir. 1909. 6.

In 14 Fällen von Knochen-, Gelenk- und Sehnenscheidentuberkulose (10 Handgelenke, 2 Fuss-, 2 Ellenbogengelenke mit und ohne Fisteln) hat Ch. die Biersche Stauungshyperämie mit bestem Erfolge angewandt. Alle Fälle heilten schnell, ohne Fixation und Jnjektion.

Delbet hat keine Erfolge gesehen und bezweifelt, ob es sich in den Fällen von Chaput um wirkliche Tuberkulose gehandelt hat.

Arron hat den Eindruck, dass die Resultate = 0 sind, bei den fistulösen aber den Zustand bessern!

Rontier hat die Stauung in 2 Fällen (sic!) angewandt, beidemale ohne jeden Erfolg. **Ewald**-Hamburg.

143) **Meltzer.** Medizin. Gesellschaft zu Leipzig. 11. V. 09.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 30.

Der demonstrierte Fall von Myositis ossificans progressiva wurde schon 1894 von Virchow vorgestellt, der der Ansicht war, dass das Skelett der primäre Sitz der Erkrankung sei. Tatsächlich wird dies grösstenteils durch die Röntgenbilder bestätigt, nur an einigen Stellen, z. B. linkes Knie- und Ellenbogengelenk, lassen sich derartige Zusammenhänge nicht nachweisen.

Bei dem 42j. Patienten, der bis zum 19. Jahr gesund war, ankylosierte zuerst das r. Kiefer-, dann das r. Schultergelenk, dann in weiteren Attacken die ganze Wirbelsäule, die Nackenmuskulatur (Knochenstränge nach der Schulter hin zu fühlen), Knochenspangen verlaufen am Thorax entlang, an der Stelle des Triceps brachii, in der Lenden-, Becken-, Ober-, Unterschenkel- und Fussgegend. Nur die Vorderarme und Hände sind noch frei, das linke Hüft- und rechte Kniegelenk sind noch leidlich beweglich. — Röntgenbilder. Die Skelettknochen machen einen hochgradig atrophischen Eindruck.

Ewald-Hamburg.

144) **Anschütz**. Medizinische Gesellschaft in Kiel. 15. V. 09.
Münch. med. Woch. 1909. 33.

Bei einem 13j. Mädchen mit typischer Little'scher Krankheit wurde die von Förster angegebene intradurale Durchschneidung der hinteren Wurzeln vorgenommen. Resektion der II. Sakral-, V., III. und II. Lumbalwurzel. Resultat: Spasmen viel geringer, kein Spitzfuss, keine Innenrotation, keine Adduktion mehr, noch leichte Beugung in Knie- und Hüftgelenk. — Orthopädische Nachbehandlung. Kind geht täglich besser. Bei einem 45j. Mann mit hochgradigen Kontrakturen wegen multipler Sklerose hatte die Durchschneidung der hinteren Wurzeln keinen Erfolg.

Ewald-Hamburg.



145) **Gauss** (Freiburg). XIII. Kongress der deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie in Strassburg i. E. 2—5. Juni 09.
Münch. med. Woch. 1909. Nr. 32.

Die geburtshilfliche Aetiologie des Caput obstipum musculare.

Die systematische Untersuchung neugeborener Steisslagenkinder ergab bei nahezu allen eine deutliche Scoliosis capitis, aus dem sich bei einem ein typisches Caput obstipum entwickelte. (Praedisposition für Steisslagenkinder.)

Bei Untersuchung von Schädellagenkindern fand G. überraschenderweise in 41 Prozent deutliche Zeichen von Scoliosis capitis, darunter 6 durch Kaiserschnitt gewonnene Kinder. Ein Fall zeigte bereits Veränderungen eines Kopfnickers.

Auch Erwachsene weisen noch deutliche Symptome von Scoliosis capitis auf, wie Untersuchungen von 500 Erwachsenen zeigen.

Die häufig bei Neugeborenen konstatierten Nasendeformitäten bestätigen das häufige Vorkommen der intrauterinen Belastungsdeformitäten.

Ewald-Hamburg.

146) **Kalerim.** Mediz. Gesellschaft zu Leipzig. 15. VI. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 34.

Ein Fall von angeborenem Brustmuskeldefekt.

Von Wendel sind 1905 172 Fälle aus der Literatur zusammengestellt worden. Es können Teile oder der ganze Muskel fehlen, ferner gleichzeitig die pectoralis minor, Teile des trapezius und serratus. Nebenbei wurden beobachtet Rippendefekte, Hochstand der Skapula, Wirbelsäulenverkrümmung, Handmissbildungen. In dem Falle von K. fehlt nur der Pectoralis major, bis auf seine klavikulare Portion, sowie der Pectoralis minor. Klinisch waren keine erheblichen Bewegungsstörungen des Arms zu konstatieren. Die Ursache der Defekte muss man in den Foetus selbst hineinlegen (falsche Keimanlage).

Ewald-Hamburg.

147) **Ad. Hoffmann.** Mediz. Verein in Greifswald. 23. I. 09.
Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 31.

Lendenwirbelquerfortsatzfrakturen.

1. Sturz eines 25 j. Arbeiters von der Verdachung einer Maschine 4 m hoch herunter mit rechter Körperseite auf Ventilräder. Bruch der 4 oberen rechten Querfortsätze.

2. Ein 34 j. Gärtner spürte beim Vorwärtsschieben eines schwerbeladenen Karrens plötzlich heftige Schmerzen im Kreuz. Bruch des V. Querfortsatzes; durch Muskelzug entstanden (nur 10 Fälle in der Literatur). Häufig Verwechselung mit abdominellen Affektionen. Charakteristisch ist, dass Beugung der Wirbelsäule nach der gesunden Seite schmerzhaft, nach der kranken wenig empfindlich, ebenso Rotation. Vorbeugen und Wiederaufrichten schmerzhaft, Rückwärtsbeugen nur bei Verletzung des V. Lendenwirbels.

Ewald-Hamburg.

148) **Gayet.** Société de chir. de Lyon. 22. 4. 09.
Revue de chir. 1909. 6.

Ein Mann acquirierte mit 15 Jahren eine Gonnorrhoe. 25 Jahre lang litt er darauf an ein Ischias, dann bildete sich nach und nach eine Wirbelsäulen-

versteifung heraus, die, wie G. annimmt, ihren Ursprung in der Gonnorrhoe hat. **Ewald**-Hamburg.

149) **F. Lange**. Aerztlicher Verein München. 19. V. 09.
Münch. med. Woch. 1909, 35.

Operative Behandlung der Spondylitis.

Die Dauerresultate der Gipsverband- und Korsettbehandlung der Spondylitis sind meist nicht befriedigende: nach Jahren verschlechtert sich die Rückenform, der Buckel springt stärker vor. (Grund: der erhaltene Bogen wächst stärker als der zerstörte Wirbelkörper, der Erector trunci ist durch die lange Fixationsbehandlung direkt zerstört worden.) L. versuchte daher, die Fixation der Wirbelsäule im Innern des Körpers anzubringen und ging in einem Spondylitisfall so vor, dass er zwei verzinnte Stahldrähte seitlich an die Wirbelsäule mit Paraffin-sublimatseide befestigte. Die Drähte und die Seide heilten reaktionslos ein, die Schmerzen verschwanden, der Junge hat jetzt — nach 1 Jahre! — in der Schmiedewerkstätte seines Vaters mitgearbeitet. Die Form der Wirbelsäule ist besser, die Beweglichkeit ist verhältnismässig gut, trotz der Versteifung des Lendenteils. Der Fall eröffnet die Aussicht auf die Lösung des Problems der gibbuslosen Spondylitisheilung. **Ewald**-Hamburg.

150) **Delanglade u. Clément**. Société de chir. de Marseille. 25. V. 09.
Revue de chir. 1909, 6.

1. Bei einem jungen Mädchen kam es als Endeffekt einer gonorrhoischen Ellenbogenarthritis zur Ankylose. Resektion der Gelenkenden, Interposition eines Tricepslappens, guter Erfolg.

2. Bei einer gonorrhoischen Arthritis der Fusswurzel — und Mittelfussgelenke, die ankylosierten, wurde der Tarsus, der Talus und ein Teil des Calcaneus entfernt. Ausserdem Tenotomie der Achillessehne. Sehr befriedigendes Resultat. **Ewald**-Hamburg.

151) **Poncet**. Société de chir. de Paris. 21. 4. 09.
Revue de chir. 1909. 6.

Ein 51 j. Mann, der früher eine tuberkulöse Pleuritis und eine Spondylitis überstanden hatte und noch jetzt an einer fistulösen Epididymitis leidet, hat auch eine doppelseitige Dupuytrensche Fingerkontraktur, deren Ursache nach P. die Tuberkulose ist.

In der Diskussion berichtet Legneu über einen doppelseitigen Plattfuss bei einem tuberkulös belasteten jungen Mann. Teile des durch Keilresektion gewonnenen Knochens wurden Tieren inokuliert, einmal von 7 Versuchen mit positivem Resultat. Auch die histologische Untersuchung der Knochen ergab an einigen Stellen tuberkulöse Heerde.

Nélaton kann zur Stütze der Poncetschen Anschauungen den Fall eines jungen Mannes mit fistulöser Epididymitis anführen, bei dem später ein allgemeiner Rheumatismus auftrat. Dieser Rheumatismus soll tuberkulösen Ursprungs sein. **Ewald**-Hamburg.



IX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie 1910.

Der IX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird in der Osterwoche, am Dienstag, den 29. März, von 9 Uhr an, im Langenbeckhause, Ziegelstr. 10/11 stattfinden. In der ersten Sitzung wird Herr Prof. Gebhardt-Halle (a. G.) einen einleitenden Vortrag über „funktionelle Knochengestalt" halten.

In der Nachmittagssitzung von 2—4 Uhr findet die Generalversammlung statt. Herr Payr-Greifswald hat für diese Sitzung ein einleitendes Referat „über die Behandlung der Gelenkversteifungen" übernommen.

Nach einer Pause soll um 5 Uhr eine Besprechung der „Skoliosenbehandlung in der Schule" stattfinden, wofür Herrn Schulthess-Zürich das Hauptreferat übertragen worden ist. Zu dieser Sitzung werden Regierungsvertreter der deutschen Bundesstaaten eingeladen werden.

Bei genügender Zahl von Anmeldungen soll am Montag, den 28. März, früh gegen 9½ Uhr — einer Einladung des Volksheilstättenvereins zufolge — ein gemeinsamer, für die Teilnehmer kostenfreier Ausflug nach Hohenlychen (Uckermark) zur Besichtigung der dortigen Anstalten für tuberkulöse Kinder und speziell des von Hoffa begründeten, zurzeit unter Leitung des Unterzeichneten stehenden Cecilienheims für tuberkulöse Knochen- und Gelenkerkrankungen stattfinden.

Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald — spätestens bis zum 15. Februar — bei mir anzumelden und eine kurze Inhaltsangabe des Vortrages beifügen zu wollen.

Von auswärts kommende Kranke finden in der Königl. chirurgischen Klinik des Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Bier, Ziegelstr. 5—9, Aufnahme.

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit der Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft versehen einzusenden.

Berlin W. 35 im Januar 1910.
Genthinerstrasse 16.

Georg Joachimsthal,
Vorsitzender für 1910.

In Pavia hat sich Dr. Bossi — Privatdozent an der med. Fakultät zu Bologna — als Privatdozent für Orthopädie habilitiert.



46) **Bardach,** Elastisches Heftpflaster. — 47) **Hartung,** Gipsverbände. — 48) **Loewy,** Gipsverbandfenster. — 49) **Goder,** Fenster in Gipsverbänden. — 50) **Baron,** Gipsverbände. — 51) **Evler,** Verwendung eines Chromleders. — 52) **Schanz,** Orthopädische Apparate. — 53) **Lop,** Mechanische Therapie. — 54) **Biesalski,** Pendel und Widerstandsapparate. — 55) **v. Aberle,** Krüppelfürsorge. — 56) **Gilette,** Krüppelheime. — 57) **Lovett,** Krüppelfürsorge in Amerika. — 58) **Redard,** Wirbelsäulenverletzungen. — 59) **Redard,** Unfallverletzungen der Wirbelsäule. — 60) **Marcus,** Rückenverletzungen. — 61) **Kofmann,** Spondylitischer Buckel nach Calot. — 62) **v. Osten-Sacken,** Deformierungen bei Spondylitis. — 63) **Cramer,** Rückgratsverkrümmungen. — 64) **Schulthess,** Berufsskoliose. — 65) **Gaultier** und **Baïsoin,** Skoliose. — 66) **Zesas,** Scoliosis nephritica. — 67) **Vulpius,** Skoliosenbehandlung. — 68) **Schanz,** Korrektionsresultate. — 69) **Müller,** Kriechkur. — 70) **Feuchtwanger,** Kompressionsmyelitis. — 71) **Schmotkin,** Syringomyelie. — 72) **Förster,** Spastische Lähmungen. — 73) **Weinstein,** Schiefhals. — 74) **de la Roquette,** Anatomie des Schultergelenks. — 75) **Jerusalem,** Stauung des Schultergelenkes. — 76) **Vegas** und **Jorge,** Skapularbruch. — 77) **Schichhold,** Schultergelenksluxation. — 78) **Freund,** Bursa acromialis. — 79) **Lengfellner** und **Frohse,** Deltoideuslähmung. — 80) **Chaput,** Brüche des Humerusschaftes. — 81) **Porges,** Naht des Nervus medianus. — 82) **Perrin,** Ulnarfraktur. — 83) **Schwenk,** Luxatio cubiti posterior. 84) **Bettmann,** Querfrakturen des Olecranon. 85) **Glässner,** Typische Radiusfraktur. — 86) **Dubreuil,** Camptodaktylie. — 87) **Muskat,** Familiäre Kontraktur des kleinen Fingers. — 88) **Kraemer,** Streckaponeurose der Finger. — 89) **Harrihausen,** der schnellende Finger. — 90) **Pürkhauer,** Congenitaler Femurdefekt. — 91) **Fischer,** Typische Rodelverletzungen. — 92) **Felten,** Luxation einer Beckenhälfte. — 93) **Lamy,** Knochendestruktion. — 94) **Markus,** Knieschmerzen. — 95) **Lichtenberg,** Hüftgelenksentzündung — 96) **v. Baeyer,** Mechanik der Coxa vara. — 97) **Waegner,** Schenkelhalsbrüche. — 98) **Flint,** Schenkelhalsfrakturen. — 99) **Lorenz,** Traumatische Hüftgelenksverrenkungen. — 100) **Joachimsthal,** Hüftgelenksverrenkung. — 101) **Gocht,** Kongenital verrenktes Hüftgelenk. — 102) **Horváth,** Angeborene Hüftverrenkung. — 103) **Ludloff,** Angeborene Hüftluxation. — 104) **Froelich,** Geheilte angeborene Hüftverrenkungen. — 105) **Meyer,** Fraktur des Trochanter major. — 106) **Schwarz,** Nagelextensionsbehandlung. — 107) **Appel,** Zerreissung des Kniestreckapparates. — 108) **Ott,** Genu valgum adolescentium. — 109) **Wegemund,** Patellarreflex. — 110) **Selberg,** Quadricepsplastik. — 111) **Klapp,** Operative Mobilisierung des Kniegelenks. — 112) **Bum,** Ischias. — 113) **Bergemann,** Tuberositas tibiae. — 114) **Duclaux,** Rachitische Verbiegungen. — 115) **Monsaiglon,** Typische Knöchelfraktur. — 116) **Bilhaut,** Malleolenfraktur. — 117) **Tobias,** Intermittierendes Hinken. — 118) **Heilig,** Zertrümmerung des Fussskeletts. — 119) **Lapointe,** Plattfuss. — 120) **Levy,** Talusfrakturen. — 121) **Kawamura,** Subkutane Talusfraktur. — 122) **Cotton,** Kalkaneusbruch. — 123) **Gottstein,** Luxation des os naviculare. — 124) **Vianny et Gonijon,** Luxatio pedis sub talo. — 125) **Tubby,** Fussgeschwulst. — 126) **Lehmann,** Heftpflasterverbände. — 127) **Gütig,** Mal perforant du pied. — 128) **Gautier et Tissier,** Tarsalgie. — 129) **Becker,** Insufficienz des Fusses. — 130) **Cancholse,** Inveterierter Plattfuss. — 131) **Mercadé,** Metatarsalfraktur. — 132) **Muskat,** Plattfusseinlage. — 133) **Muskat,** Plattfussstiefel ohne Einlage. — 134) **Nové-Josserand und Rendu,** Klumpfussbehandlung. — 135) **Haelst,** Sehnenplastik. — 136) **Tausch,** Fussbeschwerden.

Vereinsnachrichten: 137) **Kahen,** Knochentransplantation. — 138) **Anschütz,** Knochenimplantation. 139) **Destot,** Paget'sche Krankheit. — 140) **v. Eiselsberg,** Röntgendiagnostik. — 141) **Vignard,** Arthroklasie. — 142) **Chaput,** Sehnenscheidentuberkulose. — 143) **Meltzer,** Myositis ossificans progressiva. — 144) **Anschütz,** Little'sche Krankheit. — 145) **Gauss,** Caput obstipum musculare. — 146) **Kaierim,** Brustmuskeldefekt. — 147) **Hoffmann,** Lendenwirbelquerfortsatzfrakturen. — 148) **Gayet,** Wirbelsäulenversteifung. — 149) **Lange,** Spondylitis. — 150) **Delanglade,** und **Clément,** Ellenbogenarthritis. — 151) **Poncet,** Dupuytren'sche Fingerkontraktur.

Tagesnachrichten.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **März 1910.** **Heft 3.**

(Akademie für praktische Medizin Cöln. Orthopädisch-chirurgische Abteilung.)

Beitrag zur Arthrodese des Talo-cruralgelenkes.

Von

Prof. Dr. K. CRAMER, dirig. Arzt.

Die Arthrodese will das Gelenk ausschalten, aus den beiden Gelenkkomponenten einen einzelnen Knochen machen und auf diese Weise eine lebende Stütze herstellen. Am Talo-cruralgelenk gelingt dieses nach Poliomyelitis peracta nicht immer zur Zufriedenheit des Operateurs und des Patienten. Häufig stellt sich nicht eine knöcherne, sondern eine fibröse Ankylose her, die dem Drucke der Körperlast nachgebend, dem Talus resp. dem Fusse sich nach aussen und innen abzubiegen gestattet. Ein hässliches und unvollkommenes Resultat. Man hat deshalb auch die Bolzung angewendet. Es ist mir bewusst, dass man eine straffe fibröse Vereinigung, die eine geringe Bewegungsexkursion gestattet, für erstrebenswert halten kann, besonders wenn noch einzelne Fussbeweger vorhanden sind und der Arthodese eine Fascio- resp. eine Tenodese hinzugefügt wird. Gern bin ich in geeigneten Fällen diesem Verfahren gefolgt. Die Resultate waren gute. Allein einen grossen Nachteil kann man hierbei nicht übersehen: Die Patienten müssen zeitlebens eine Schiene tragen. Für die poliklinische Praxis unbemittelter Leute ein grosser Nachteil. Diesen suchte ich zu vermeiden durch sichere Herstellung einer festen knöchernen Vereinigung, die eine Schiene unnötig machen sollte. Ich operierte



nach dem bekannten Prinzip der freien Autoplastik eines Periost-Knochenlappens bei Pseudarthrose. Hierbei habe ich ohne Anwendung von Draht oder Nagel gute Erfolge gesehen. Ich weiss nicht, ob auch andere Kollegen diese Methode bei Arthrodesen angewandt haben, konnte in der Literatur hierüber nichts finden.

Die Operation gestaltet sich kurz wie folgt:

Das Talo-cruralgelenk wird freigelegt, der Gelenkknorpel entfernt. Ich mache letzteres mit dem scharfen Löffel. Dann wird aus der Vorderseite der Tibia nach Zurückschlagen eines Hautlappens ein Periost-Knochenlappen von länglicher Gestalt abgelöst und ohne Brücke auf die Vorderseite des entknorpelten Talo-cruralgelenkes gelegt. Ferner kann man ev. noch Sehnenverkürzungen und Sehnenverlagerungen, Fasciodesen und Tenodesen machen. Zum Schluss wird die Haut genäht. Die angefrischten Knochen werden während des Erhärtens des Gipsverbandes aneinander gedrückt. Auf den Röntgenplatten kann man genau verfolgen, wie sich das transplantierte Knochengewebe erst aufhellt und dann allmählich dunkel und dunkler wird, zugleich mit Zunahme der Festigkeit der Ankylose.

Die Operation wurde bisher zweimal ausgeführt und zwar jedesmal mit dem gewünschten, oben besprochenen Erfolge. Nach 4 resp. 8 Wochen liess ich die Kinder im Gipsverband umhergehen, nach 9 resp. 13 Wochen war die Arthrodese vollkommen fest. Die Kinder konnten ohne Stützverband entlassen werden. In beiden Fällen hätte man die Fascien- und Sehnenoperationen nicht zu machen brauchen, wenn man vorher über das gehoffte Endresultat orientiert gewesen wäre.

Fall I. 4jähriges Kind.

Die Kinderlähmung besteht seit 2 Jahren und zwar sind beide Beine betroffen. Vollständig paralytisch sind am linken Unterschenkel: Gastrocnemius und Soleus, paretisch die andere Muskulatur bis auf die Peronaeen.

Operation am 25. 9. 09: Schnitt nach Kocher. Abtragung des Gelenkknorpels. Ein 7 cm. langer Periost-Knochenspan wird aus der rechten Tibia losgelöst, über den unteren Teil der Tibia sowie über die Fusswurzel gelegt und mit einzelnen Catgutnähten fixiert. Verpflanzung der beiden Peronaei auf die Hinterseite des Calcaneus, Fixierung derselben mit Seidennähten am Periost. Raffung der Achillessehne, Gipsverband.

25. 11. Die Arthrodese ist schon ziemlich fest. Das Kind steht mit Gipsverband auf.

6. 1. 10. Der Gipsverband wird weggelassen. Das Gelenk ist fest. Das Kind läuft ohne stützenden Verband herum. Nachts wird das Bein noch in eine Gipshülse gelegt.



Fall II. 7jähriges **Kind.**

Die Kinderlähmung besteht seit mehreren Jahren. Sie ist lokalisiert hauptsächlich an den Unterschenkeln. Rechterseits funktionieren noch, aber



Fig. 1. Fall 2. 6½ Wochen nach der Operation.

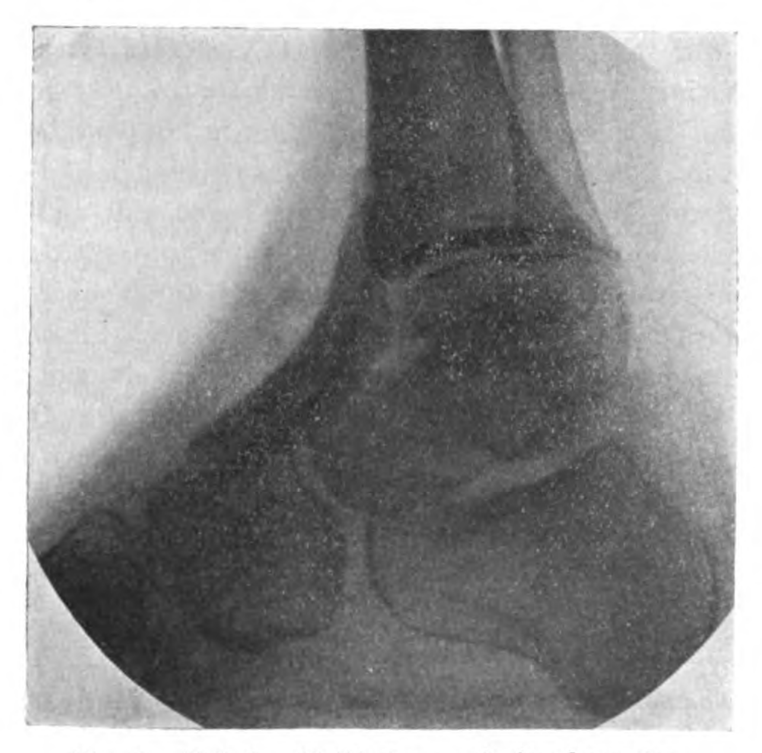


Fig. 2. Fall 2. 10 Wochen nach der Operation.

zum Teil sehr mangelhaft: Die Peronaei und die Flexoren. Der tibialis anticus ist sehr schwach.

Operation am 29. 9. 09. Schnitt nach Kocher. Abtragung des Knorpels. Bildung eines Periost-Knochenspans von etwa 7 cm. Länge aus der Tibia desselben Beines. Dieser wird vorne auf das Talo-cruralgelenk gelegt. Er reicht fast bis zum Metatarso-Tarsalgelenk. Fixierung desselben mit einzelnen Catgutnähten. Raffung der Achillessehne. Verpflanzung des Peronaeus longus und brevis unter der Achillessehne her ans mediale Calcaneusperiost. Heilung per primam.

Vier Wochen post operationem steht das Kind mit Gipsverband auf. Nach 9 Wochen ist die Arthrodese vollkommen fest, das Kind läuft herum. Der Fuss wird nachts noch in eine Gipsschale gelegt.

---

1) **I. G. Chrysospathes** (Athen). Die Orthopädie in Hippokrates' Werken.

(Akademische Antrittsrede Athen 1909.)

In dieser Antrittsvorlesung wird in Kürze, aber Schritt für Schritt die Entstehung unseres Spezialfaches verfolgt, seit den Zeiten der indischen Schriften bis zu unseren Tagen, wo allein durch Schul- und Krüppelheimärzte so viel sozialem Uebel erfolgreich entgegengearbeitet wird.

Da die meisten Daten aus der Geschichte der Orthopädie dem deutschen Leser als bekannt vorausgesetzt werden dürfen, würde für ihn nur dasjenige Kapitel dieses Vortrages vielleicht von Interesse sein, in welchem über geschichtliche Nachforschungen über orthop. Leiden und deren Behandlung in Hippokrates' Werken berichtet wird. Hieraus seien einige von denjenigen Stellen hervorgehoben, deren Wahrheit bis zu unseren Tagen voll und ganz sich erhalten hat.

So schreibt H. in dem „περὶ ἄρθρων“ Kapitel. über Spondylitis: „Wurden die Wirbel durch Krankheiten nach hinten gebracht, dann ist in den meisten dieser Fälle die Rückkehr zur Norm unmöglich, besonders wenn der Gibbus oberhalb des Diaphragma sitzt;“ und weiter, „dasselbe gilt von denjenigen, bei denen der Gibbus unterhalb des Diaphragma sich befindet, und die meist mit langwierigen schwer heilbaren, eitrigen Ansammlungen in den Weichen, sowie mit Urinbeschwerden zu tun haben.“ Ueber die traumatische Spondylitis sagt H.: „selten hat man diese erfolgreich bekämpft und ihren Gibbus redressiert . . . . . .“

Geht man auf die Art und Weise der Redression des Gibbus nach H. näher ein, so findet man, dass diese von den



unsrigen z. Z. üblichen Methoden in Nichts sich unterscheidet; ja man ist hierbei beinahe versucht anzunehmen, dass letztere einfach den Werken H's. entnommen worden sind.

Denn was hat uns Calot mehr als Hippokrates bei der Redression des Gibbus gelehrt, wenn Letzterer den auf den Bauch gelegten Kranken ebenfalls wie Calot an den Beinen und Armen extendiert, und ihm in dieser Lage den Buckel mit der Hand oder mit Hebelkraft niederdrückt? Im Gegenteil, die Methode Hippokrates' war insofern der von Calot über, als H. vor brüsker und grosser Kraftanwendung, wie C. es zuerst haben wollte, dabei ausdrücklich warnt.

Ueber die Deviationen der Wirbelsäule spricht sich H. mit wunderbar klarer Einsicht aus, indem er meint: „dass diese verschiedentlich, selbst bei Gesunden in verschiedenen Lebensaltern sich zeigen, wie es ja bei dem Bau und dem Gebrauch der Wirbelsäule nicht anders zu erwarten wäre.“

Auch über die Schwierigkeit der Heilung der angeborenen Hüftgelenksluxation prophezeite H. das, was Jahrhunderte lang als unumstössliche Regel in der Medizin gegolten hat, indem er sagte: „Diejenigen, die die Luxation ihrer Hüfte im Leibe ihrer Mutter acquiriert haben, sind vor allen, die später an der Hüfte luxiert worden sind, am schlimmsten dran.

Ebenfalls muss man H. über seine richtigen, ja zeitgemässen, den angeborenen Klumpfuss betreffenden Ansichten die grösste Hochachtung zollen. Es seien daher diese hier etwas ausführlicher wiedergegeben: „der angeborene Klumpfuss ist heilbar in den meisten Fällen, bei welchen allerdings die Deviation nicht stark ist, oder die Kinder inzwischen nicht zu gross geworden sind. Das beste ist, diese Affektion so bald wie möglich in Behandlung zu nehmen, bevor die Knochen des Fusses sich sehr verkleinert haben und die Muskeln des Unterschenkels stark atrophiert sind.

Man glaubt fast, dass man in einem modernen orthopädischen Lehrbuch über Lorenz's modellierendes Redressement, und von Hoffa's oder von Oettinger's Klumpfussverband liest, wenn man in Hippokrates' Werken folgendes darüber findet: „. . . . kurz man muss, als ob man Wachs modellierte, die deviierten und gedehnten Partien in ihre normale Form zurückführen, nicht etwa mit Gewalt, sondern sanft . . .“ Bei diesem von H. ausführlich angegebenen Redressement lässt er nicht einmal die falsche Stellung der Ferse ausser acht, die er nach aussen drückt.

Ueber den darauf folgenden Verband sagt H. weiter, . . .



„dass man bei seiner Anlegung die gleiche Wirkung des Redressements im Auge behalten muss. „Der ganze Apparat wird mit Wachssalbe, in der eine starke Dosis von Harz enthalten ist, mit Kompressen und weichen Binden gemacht, welch' letztere man nicht stark anziehen wird.“ „Die Bindentouren führt man in dem Sinne der Redression, derart, dass dadurch der Fuss über seine normale Lage hinaus nach aussen gebracht wird.“ Nachdem dann H. eine Sohle aus Leder oder Blei durch die letzten Bindentouren am Fusse befestigt hat, näht er den Rest der Binde an der Seite der kleinen Zehe, zieht dann die Binde so stark in die Höhe, als es nötig erscheint, und rollt sie schliesslich oberhalb der Wade, um sich dadurch die Stellung, die er dem Fusse gegeben hat, unverändert zu erhalten. Er fügt weiter hinzu: „Diese Art der Behandlung beseitigt den Klumpfuss schneller, als man glaubt, ohne dass Inzision oder Kauterisation sich nötig machen;“ und schliesst dieses Kapitel mit den Worten: „Auf jeden Fall muss zur Wirkung des Verbandes die der Zeit hinzukommen, damit der Körper in normaler Stellung weiter wächst.“ Am Ende genügt ein Blick auf die Bank von Hippokrates, um uns zu überzeugen, dass an derselben die Grundprinzipien unserer neuesten orthopädischen Operationstische vertreten sind.

2) **Zancarini, G.** (Mailand). Rigidità articolari congenite multiple e valgismo bilaterale del collo del femore. Clinica chirurgica 1909. Nr. 7.

Verf. beschreibt einen Fall von doppelseitiger Coxa valga verbunden mit multipler angeborener Gelenksteifheit. Die primäre angeborene Coxa valga ist sehr selten, dagegen vergesellschaftlicht sie sich ziemlich häufig mit der angeborenen Hüftluxation. Die erworbene Coxa valga ist die Folge verschiedenartiger ätiologischer Momente (statische Deformitäten, Verminderung oder Verlagerung der Belastung auf den Unterextremitäten, Störungen in der funktionellen Synergie des Muskelapparates der Hüfte, Epiphysenlösungen, Frakturen des Schenkelhalses etc.). Die Coxa valga ist nicht in allen Fällen bloss als ein zu anderen Affektionen sekundärer anatomischer Zustand zu betrachten. Einige neuere Beobachtungen zeigen das Vorkommen einer klinischen Form, die gewissermassen der Coxa valga des Jünglingsalters entspricht. Die Symptome sind häufig spärlich und wenig bezeichnend; die besondere Gangweise, die Stellung der Extremität in Abduktion und Rotation nach aussen, die Beschränkung der Adduktion, das Tieferstehen des Trochanters.

die Ungleichheit der Extremitäten sind nicht konstant, und die Diagnose kann ausschliesslich auf Grund des radiographischen Befundes gestellt werden. In einigen Fällen, in denen die Störungen sehr ausgeprägt waren, sind verschiedene ziemlich schwere operative Eingriffe vorgeschlagen und ausgeführt worden, einige mit gutem funktionellen Erfolg. **Buccheri**-Palermo.

3) **Fischer** (Leipzig). Ueber die Wirkung der Muskeln.
Zeitschr. für orthop. Chir. 22. Bd. 1.—3. H. S. 94.

F. bespricht die Wirkungsweise der Muskeln vom mathematisch-physikalischen Standpunkt aus. Der Muskel entfaltet seine Kraft nach zwei Seiten, er zieht am Ansatz, aber auch am Ursprung. Es bewegen sich deshalb auch beide Punkte gegeneinander. Die Muskeln drehen (Bezeichnung der Mechanik) nicht in erster Linie die Gelenke, sondern die Körperteile (d. h. bewegen sie gegeneinander). Massgebend für die Richtung der Bewegung ist das Stück des Muskels, das sich frei von einem Körperteil zum andern erstreckt (beim Quadriceps femoris kommt nur das Endstück zwischen Patella und Tuberositas tibiae als richtungsbestimmend in Frage). Muskeln, die über mehrere Gelenke hinwegziehen, sind durch Knochenvorsprünge, Bänder etc. in ebensoviele eingelenkige Muskeln geteilt, wobei alle Teile unter gleicher Spannung stehen. Die Wirkung der Muskeln kann auch verschieden sein, je nachdem es sich um eine Ausgangsstellung oder eine weitere Phase der Bewegung handelt. Ebenso wirken die Muskeln nicht nur auf das Gelenk, über das sie hinwegziehen, sondern auch auf die benachbarten Gelenke.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

4) **Kroh.** Experimentelle Arthritis deformans.
Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. B. 3.—6. H. p. 425.

Um die Preisersche Ansicht, dass eine pathologische Gelenkflächenkongruenz Ursache der Arthritis deformans sei, zu kontrollieren, hat Kr. experimentell durch partielle Resektionen am Kaninchenknie solche Gelenkflächeninkongruenz hergestellt. Die Resultate waren in allen 4 derartig behandelten Fällen eine typische Arthritis deformans, nicht etwa nur eine durch die patholog. Belastung bedingte Deformation. Dem möglichen Einwurf, dass das Gelenktrauma in diesen Fällen Ursache der arthritischen Veränderungen gewesen sei, begegnete Kr. durch weitere Experimente.

Die mikroskopischen Ergebnisse, denen man wohl mit Interesse entgegen sehen darf, stellt Verf. in einer späteren Publikation in Aussicht. **Baisch**-Heidelberg.



5) **Salamone.** Sulle artropatie sifilitiche.

Annali di Med. navale. 1909. Nr. 3.

Verf. berichtet über 4 klinische Fälle zur Erläuterung der Symptomatologie und Pathogenese der syphilitischen Gelenkleiden, deren verschiedene Formen sie darstellen. Im vierten ist das gleichzeitige Bestehen einer typischen Form von spezifischer Cardiopathie zu verzeichnen. In den chronischen Formen empfiehlt er Thermomineralbäder und Schlammbäder. **Buccheri**-Palermo.

6) **L. Dominici** (Rom). Ricerche cliniche sull'azione del jodio nei tessuti tubercolari.

Il Policlinico. Sez. chir. 1909. fasc. 6.

Dominici hat seine Untersuchungen durchgeführt an 8 Fällen von tuberkulöser Arthrosynovitis, bei denen intraartikuläre Einspritzungen mit Jodlösung nach Durante vorgenommen worden waren; an 7 Fällen ebenfalls mit tuberkulöser Arthrosynovitis, bei denen eine allgemeine Jodkur mit derselben Lösung gemacht worden war; an 7 Fällen von verschiedenen pathologischen Läsionen, bei denen lokale Einspritzungen gemacht worden; und an weiteren 6 Fällen, bei denen er allgemeine hypodermale Einspritzungen vorgenommen hatte. In sämtlichen Fällen sowohl von Tuberkulose als sonstiger krankhafter Prozesse, bei denen das Jod durch allgemeine hypodermale Injektionen gegeben worden war, fand sich nie Jod in den pathologischen Geweben und auch nicht in den die Krankheitslokalisation umgebenden gesunden Geweben, fern von der Injektionsstelle.

In den Fällen dagegen, in welchen das Jod direkt in die geschädigten Gewebe eingeführt worden war, hat es sich oft vorgefunden, aber mit einem erheblichen Unterschied zwischen den Fällen mit tuberkulöser Arthrosynovitis und den sonstigen Fällen. Falls das Jod durch allgemeine hypodermale Injektionen verabfolgt wird, bleibt es nicht in Kontakt mit den tuberkulösen Geweben, sondern wirkt nur als Regenerator oder Kräftigungsmittel des Organismus und erhöht auch den Index opsonicus. Falls es direkt in den tuberkulösen Herd eingeführt wird, entfaltet es nicht nur die nämliche allgemeine Wirkung, sondern bedingt in situ einen irritativen Prozess und demnach das Herbeieilen von Leukozyten, von Serum und damit einer grösseren Menge bakterientötender antitoxischer Stoffe, die dasselbe sicher enthält, und vielleicht an Opsoninen.

Buccheri-Palermo.



7) **H. Luxembourg** (Köln). Zur Kasuistik seltener Epiphysenverletzungen.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. Bd. 3.—6. H. p. 343.

Kurze kasuistische Mitteilung von 2 Fällen von Abreissung der Eminentia intercondyloidea tibiae (Ansatz der Ligg. cruciata) mit einem Stück der Tibia-Epiphyse, der 1. konservativ, der 2. operativ behandelt, aber beide nicht vollkommen befriedigend. Weiter 1 Fall von Fraktur der Epiphyse der 1. Grosszehenphalanx und 3 Fälle von Epiphysenlösungen an den Fingergliedern.

Balsch-Heidelberg.

8) **H. Zuppinger.** Nachtrag zum Mechanismus der Torsionsfraktur.

Bruns Btrg. z. kl. Chir. 64. Bd. 3 H. p. 562.

Wird ein Zylinder um seine Achse gedreht, so gehen die geraden Linien des Zylindermantels in Schraubenlinien über, und erleiden dadurch eine Zugspannung. Wenn die Zugspannung die Elastizitätsgrenze überschreitet, so entsteht der Bruch (Torsionsfraktur),

Bei kleiner Verdrehung bildet die Richtung der höchsten Zugspannung mit den Kanten des Zylinders einen $\sphericalangle = 45^{0}$, Steigung der Schraubenlinie ebenfalls $= 45^{0}$. Beide stehen senkrecht aufeinander. Bei stärkerer Verdrehung bildet die höchst gespannte Faser eine flachere, die Bruchlinie eine steilere Schraube.

Balsch-Heidelberg.

9) **Birt.** Ueber das spätere Schicksal kindlicher Frakturen.

Bruns Btrge. zur kl. Chir. 64. Bd. 2. H. p. 437.

Die vom Verf. zusammengestellten 104 Fälle von kindlichen Frakturen (Ellenbogen, Vorderarm, Ober- und Unterschenkel) aus dem Material des Allg. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf lehren uns, dass ein konservatives, aber möglichst aktives Verfahren wohl die besten Resultate ergibt. Es wurden zumeist Extensionsverbände später event. Gehgipsverbände angelegt, vor allem aber möglichst frühzeitig mit Massage und orthopädischen Uebungen begonnen. Das funktionelle Resultat war damit selbst in Fällen, in denen schwere Dislokationen bestanden hatten und es mit der Behandlung nicht gelungen war, dieselben auszugleichen, ein vorzügliches. Geringe Varus- oder Valgusstellung des Ellbogengelenkes beeinträchtigte die Funktion garnicht. In vielen Fällen, die mit Dislokation aus der Behandlung entlassen wurden, hat sich ein normales Knochenbild wieder hergestellt, und Verkürzungen des Oberschenkels haben sich bis zu $2^{1}/_{2}$ cm. ausgeglichen. **Balsch**-Heidelberg.



10) **A. Wildt** (Andernach). Beiträge zur Extensionsbehandlung.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. Bd. 3.—6. H. p. 237.

Verf. hat festgestellt, dass der Kraftverlust bei der Extensionsbehandlung der Frakturen ein sehr bedeutender werden kann, dass aber grosse Rollen denselben bis 20% herabsetzen können. — Um bei komplizierten Frakturen ebenfalls die Extensionsbehandlung zu ermöglichen, hat W. einen aufklappbaren Verband ersonnen, wobei die Längsextension über der Wundstelle durchgetrennt und mit Heftklammern, wie sie an Mustersendungen usw. gebraucht werden, vereinigt wird. — Bei tiefsitzenden Unterschenkel- und Knöchelbrüchen wendet W. eine Heftpflastergegenextension an, die in einen Spalt der Längsextension angreift und bis zur Spina il. sup. reicht. Die Einzelheiten dieser sehr zweckmässigen Modifikationen sind im Original nachzulesen. **Balsch**-Heidelberg.

11) **K. Heuschen** (Tübingen). Zur Theorie und Praxis der Extensionsbehandlung der Ober- und Unterschenkelbrüche (Extension in Entspannungslage).

Arch. f. Orth., Mechanother. und Unfallchirurgie. Bd. VII, 4.

Die Gehverbandbehandlung frischer Frakturen des Unter- und Oberschenkels hat sich trotz mannigfaltiger Vorzüge nicht einbürgern können, einmal weil die Verbandtechnik eine schwierige ist, dann weil sekundäre Belastungsverkürzungen und monströse hypertrophische Calli beobachtet sind, die funktionsbehindernd werden können. Die Konkurrenzmethode ist das Bardenheuer'sche Extensionsverfahren, eine glückliche Verschmelzung des anatomischen und funktionellen Behandlungsprinzipes. Nun wirken aber hier wegen der Streckstellung des Beins mehrere Momente dislozierend: 1. die aktive Kontraktionsfähigkeit des Muskels, 2. die elastische Retraktion und die spätere narbig-nutritive Verkürzung des Muskels, 3. die elastische Tension des übrigen elastischen Gewebes (Haut, Fascie, Muskelhüllen).

Daher muss man zur Reposition und Fixation der Fraktur eine Stellung des Beins suchen, in welcher die kleinstmögliche Weichteilspannung besteht. Diese Stellung ist die physiologische Gleichgewichtslage der Muskeln (s. Zentralbl. Bd. III, Heft 7, p. 364, Extension in halber Beugestellung — Hängemattenextension. Näheres über Anwendung derselben s. Referat an oben angegebener Stelle). **Ewald**-Hamburg.



12) **H. Zuppinger.** Die Muskelentspannung bei der Permanentextension der Ober- und Unterschenkelfrakturen.

Bruns Btrg. z. klin. Chir. 64. Bd. 3. H. p. 567.

Verfasser geht aufs neue auf die seiner Extensionsmethode zugrunde liegende Muskelentspannung ein, die bei Semiflexion in Hüft- und Kniegelenk eintritt, und widerlegt einige in letzter Zeit dagegen erhobene Einwände. Sowohl anatomische Ueberlegungen, wie Messungen der Muskellängen in den verschiedenen Lagen (Vogel), und die Erfahrung, dass zu wirksamer Extension bei der Semiflexion in Knie und Hüfte ein bedeutend geringeres Gewicht notwendig ist als bei gestreckten Gelenken, sprechen für die Richtigkeit der Annahme der Muskelentspannung. Die Flexion im Kniegelenk muss dabei stets eine grössere sein als die im Hüftgelenk.

Balsch-Heidelberg.

13) **M. Kirschner.** Ueber Nagelextension.

Bruns Btrg. zur klin. Chir. Bd. 64. 1. H. p. 266.

Verf. berichtet über 3 Fälle von Frakturen (2× Oberschenkel 1× Unterschenkel) aus der Greifswalder chirurg. Klinik, die mit Nagelextension erfolgreich behandelt wurden. Auf Grund davon sieht er in der Steinmannschen Nagelextension ein wertvolles Mittel in der Behandlung widerspenstiger Frakturen, bei denen die anderen Methoden nicht zum Ziele führen. Die Extensionskraft ist eine sehr grosse und die Extension dabei völlig schmerzlos. Um das bei grossen Gewichten meist lästige Nachgeben des Patienten zu vermeiden, schlägt Verf. vor, am proximalen Frakturende ebenfalls eine Nagelgegenextension anzubringen, und gibt einen derart konstruierten Apparat an, dessen genaue Beschreibung für später in Aussicht gestellt wird. **Balsch**-Heidelberg.

14) **W. Anschütz.** Erfahrungen mit der Nagelextension.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 101. Bd. 5.—6. Heft p. 429.

Anschütz bekennt sich als Anhänger des Bardenheuerschen Extensionsverfahrens, von dem er nur gezwungen abgeht. Dann aber leistet die Steinmannsche Nagelextension als Ergänzung Vorzügliches. 4 Gruppen von Frakturen, wo die Nagelextension angewendet werden kann.

1. veraltete Frakturen mit Pseudarthrosen und verschleppte Fälle.
2. komplizierte Frakturen (bes. auch Schussfrakturen).
3. frische Frakturen mit unbefriegendem Resultate bei der üblichen Behandlung.



4. Sonstige therapeutische Verwendung.

Die von A. mitgeteilten Fälle sprechen durch die überraschend guten Erfolge sehr für die Methode. Dennoch mahnt Verf., sie nicht als Normalmethode anzusehen, da sie nicht ganz ungefährlich sei (Infektion!), und will sie nur für die genannten Ausnahmefälle reserviert wissen. **Balsch**-Heidelberg.

15) **Steinmann.** Gegenwärtiger Stand der Nagelextension.
Arch. für kl. Chir. 89. Bd. 4. p. 1130.

Es ist der Bericht, den der Erfinder der Nagelextension auf dem diesjährigen Chirurgenkongress über den Stand der Methode gibt unter genauer Schilderung der Methode und des von ihm gebrauchten Instrumentariums, das bei Schärer (Bern) erhältlich ist. Die Nagelextension ist wirksamer als die Bardenheuersche Extension, daher besonders in veralteten Fällen und in solchen, in denen die Pflasterextension aus irgend welchen Gründen nicht anwendbar ist, von grossem Nutzen. Sie hat sich auch schon zahlreiche Anhänger erworben unter den Chirurgen. **Balsch**-Heidelberg.

16) **Onorato** (Genua). L'acido osmico nella cura dei ritardi di consolidazione delle fratture e delle pseudo-artrosi.
Accademia medica di Genova. Seduta 10 aprile 1909.

In 2 Fällen von Verzögerung der Konsolidierung hat O. mit bestem Erfolg die Osmiumsäure verwendet; in dem einen derselben war es nicht einmal dem früher ausgeführten Operationsakt, bestehend in Anfrischung der Knochenenden mit Metallnaht, gelungen, Heilung herbeizuführen. Erst nach Einspritzung von Osmiumsäurelösung in die Frakturstelle wurde die Bildung eines klinisch und röntgenographisch gut konsolidierten Callus erhalten.
Buccheri-Palermo.

17) **L. Freund** (Wien). Die Strahlenbehandlung der Knochentuberkulose.
Münch. med. Woch. 1909. 41.

In Leysin setzt sich die Behandlung der Knochentuberkulose aus drei Komponenten zusammen, 1. den guten klimatischen Verhältnissen, 2. dem kräftigenden hygienischen Regime, 3. der Heliotherapie, die bei 1450 m Seehöhe intensiver sein kann als in der Ebene.

Früher hat man angenommen, dass die ultravioletten Strahlen als die am meisten bactericid wirkenden — die guten Resultate bei



der Behandlung herbeiführten, diese haben jedoch eine zu geringe Tiefenwirkung. Anders ist es mit den längerwelligen Strahlen, die zwar keine baktericide Wirkung haben, aber eine entzündungserregende. Diese Strahlen lassen sich auch sehr gut durch das elektrische Bogenlicht der Kalziumeffektkohlen hervorbringen. — Auch Röntgenstrahlen hat F. mit gutem Erfolg angewandt in allen Fällen, wo kleine oder oberflächlich gelegene Knochen erkrankt sind (Mittelhand- und Fussknochen, Skapula, Rippen), wo die Synovialis nicht am Prozess beteiligt ist, und wo keine Eiterretention statt hat, (also bei Fisteln). Hier schwinden die Schmerzen, der Eiter wird dünner, die Granulationen schwinden und die Fisteln schliessen sich; manchmal schon nach wenigen (8) Bestrahlungen. Doch ist in jedem Falle eine mehrmalige, durch 5 wöchentliche Intervalle von der vorhergehenden getrennte Nachbehandlung anzuschliessen. Vorbedingung ist eine kräftige Reaktion (Erythem), und eine entsprechende chirurgische Nebenbehandlung (Evakuierung von Eiter und Knochen). Resultate: von 10 Fällen 6 Heilungen, 2 Besserungen, 2 Misserfolge (Karies tiefliegender grosser Knochen!) F. rät, die Versuche fortzusetzen.

Ewald-Hamburg.

18) **H. Frankenstein.** Ueber freie Knochentransplantation.

Bruns Btrge. zur klin. Chir. 64. Bd. 1. H. p. 121.

Im städtischen Krankenhaus Karlsruhe führte Prof. v. Beck wegen Sarcoma femoris eine ausgedehnte Resektion des Femur aus und implantierte in den Defekt ein entsprechendes Stück der Fibula der gleichen Extremität. Da das Bein wegen Recidivs nach 5 Monaten exartikuliert werden musste, bot sich dem Verfasser Gelegenheit zur genauen mikroskop. Untersuchung des implantierten Knochens. Er fand keine regressiven Prozesse am Knochen und tritt damit in Gegensatz zu Axhausen, der aus seinen Versuchen das Gesetz aufstellte, dass implantiertes Knochengewebe im neuen Organismus stets abstirbt und von dem Periost und Mark aus neugebildet wird.

Balsch-Heidelberg.

19) **Silvestri e Tosatti** (Modena). Teoria surrenale dell'osteomalacia. Capsulectomia unilaterale e gravidanza.

La Riforma medica 1909. Nr. 34.

Bei einer Reihe von Versuchen, bei denen sie an 5 Meerschweinchen und 3 Kaninchen in verschiedenen Stadien der Gravidität die einseitige Nebennierenexstirpation vornahmen, haben Verff. niemals die geringsten funktionellen oder anatomischen Läsionen



konstatiert, welche an die Osteoporosis, die Osteomalazie erinnert hätten. Infolgedessen lässt sich der Sekretion der Nebennieren jeder Einfluss auf die Genese der Osteomalazie absprechen.

Buccheri-Palermo.

20) **Nakayama.** Das hämorrhagisch-cystische Sarcom der langen Röhrenknochen und seine Beziehungen zu Knochenaneurysma und Knochencyste.

Bruns. Btrge. z. kl. Chir. 64. Bd. 2. H. p. 524.

In den myelogenen Sarkomen kommt es durch den Reichtum an Blutgefässen bisweilen zu Hämorrhagien und schliesslich zu zystischen Hohlräumen, die mit Blut gefüllt sind.

Diese hämorrhag.-cystischen Sarkome können Rezidive und Metastasen von gleichem Bau machen. Die als Knochenaneurysmen beschriebenen Bildungen sind häufig identisch mit diesen Sarkomen, kommen jedoch auch als selbständiges Krankheitsbild vor, dies kann nur durch mikroskopische Untersuchung entschieden werden. Auch die Knochenzysten entstehen häufig aus solchen hämorrhagisch zystischen Sarkomen.

Baisch-Heidelberg.

21) **Laccetti** (Neapel). Il metodo di Bier in terapia chirurgica.

Riforma medica. 1909. Nr. 17—19.

Verf. gibt zunächst einen geschichtlichen Ueberblick über die Stauungshyperämie und bespricht die Modalitäten der Technik. Im Anschluss daran berichtet er über eine lange Reihe von klinischen Beobachtungen der verschiedensten chirurgischen Läsionen, in denen die Biersche Hyperämie zur vollständigen Heilung führte. Von grosser Wichtigkeit sind darunter die Fälle von Knochentuberkulose und vor allem die mit akuter Infektion und Eiterungen. Schliesslich teilt Verf. noch eine Reihe experimenteller Untersuchungen am Kaninchen mit.

Buccheri-Palermo.

22) **v. Haberer.** Ein Fall von multiplen Enchondromen und Exostosen.

Arch. für kl. Chir. Bd. 89. 3 Heft p. 782.

Kasuistische Mitteilung eines durch die besondere Grösse der chondromatösen Tumoren seltenen und interessanten Falles, der das ausgesprochene Bild der Kombination von Enchondromen und Exostosen mit gleichzeitigen Wachstumsstörungen bietet. Die Tumoren hatten durch ihre Grösse und den jauchigen Zerfall zu eingreifenden und z. T. verstümmelnden Operationen Veranlassung gegeben.

Baisch-Heidelberg.



23) **E. v. Kutscha.** Beitrag zur Kenntnis der Ostitis deformans.

Arch. kl. Chir. Bd. 89. 3. H. p. 758.

Verf. liefert durch 3 Fälle aus der chirurg. Klinik in Wien (v. Eiselsberg) einen Beitrag zur Statistik der Ostitis def., die seit Paget's Beschreibung 1876 ein wohlcharakterisiertes Krankheitsbild ist. Beginn meist mit charakteristischer Deformation eines Schienbeins, dann Erkrankung weiterer Knochenpartien, an der Tibia, Vorderarmen, Schädel, Claviculare, Wirbelsäule, Becken. In den späteren Stadien bekommen die Patienten den Habitus von anthropomorphen Affen. Röntgenologisch ist vor allem eine Auffaserung der Kortikalis nachzuweisen. Aetiologisch ist die Krankheit noch wenig aufgeklärt, vielfach mit Lues in Verbindung gebracht, andere Autoren finden in chronisch entzündlichen Zuständen die Ursache. Namentlich in den Anfangsstadien ist sie von verwandten Knochenerkrankungen oft schwer zu trennen.

Baisch-Heidelberg.

24) **Biesalski** (Berlin). Wesen und Verbreitung des Krüppeltum's in Deutschland.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 323.

Verf. gibt in kurzem Auszuge die Ergebnisse der Krüppelzählung bekannt. Es existieren danach in Deutschland (abzüglich Bayern, Baden und Hessen, die in anderer Weise gezählt haben) 75 183 Krüppel oder 1,48 auf 1000 Einwohner. Von diesen sind nach dem Urteil der Aerzte 42 249 heimbedürftig. B. definiert den heimbedürftigen Krüppel als einen in dem Gebrauch seines Rumpfes oder seiner Gliedmassen behinderten Kranken, bei welchem die Wechselwirkung zwischen dem Grad seines Gebrechens und der Lebenshaltung seiner Umgebung eine so ungünstige ist, dass die ihm verbliebenen geistigen und körperlichen Kräfte zur höchstmöglichen wirtschaftlichen Selbständigkeit nur in einer Anstalt entwickelt werden können, welche über die eigens zu dem Zwecke notwendige Vielheit ärztlicher und pädagogischer Einwirkungen gleichzeitig verfügt. Rund 3000 Betten stehen bis jetzt zur Verfügung. Eine wesentliche Vermehrung ist dringend anzustreben.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

25) **Rosenfeld** (Nürnberg). Rationelle Hülfe in der Krüppelfürsorge.

Zeitschr. für orthopädische Chir. 22. Bd. 1.—3. H. S. 344.

B. gibt zunächst eine Uebersicht über die verschiedenen in Deutschland und im Ausland bestehenden Krüppelheime und ihre



Entwicklung. Es ist danach überall die Zahl der Krüppel sehr viel grösser als die zur Verfügung stehenden Betten. Deshalb ist die Errichtung weiterer Anstalten, welche der Heilung, Erziehung, gewerblichen Ausbildung und bei Unheilbaren der dauernden Versorgung dienen sollen, anzustreben. Auch die Prophylaxe der Verkrüppelung soll ernstlich in Angriff genommen werden. Ausser der stationären Klinik soll ein Ambulatorium eingerichtet werden, um auch die Fälle, die keiner längeren Bettruhe bedürfen, zu versorgen. Auch die Erziehungsanstalt soll von Externen besucht werden können. Die Zahl der Krüppel, die eine dauernde Versorgung nötig haben, glaubt R. mit 15% annehmen zu können. Verf. ist der Meinung, dass möglichst grosse Krüppelheime am praktischsten und billigsten im Betrieb sein werden. Im Anschluss an die Universitäten würden sich solche Anstalten nach des Verf. Ansicht am besten entwickeln und zugleich auch für den Unterricht in der Orthopädie, für die R. eine grössere Berücksichtigung verlangt, nutzbar gemacht werden können. Schliesslich weist Verf. darauf hin, dass jeder Krüppel, der erwerbsfähig wird, statt der Wohltätigkeit zur Last zu fallen, einen erheblichen Zuwachs des Nationalvermögens bedeutet. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

26) **Wittek** (Graz). Bandagistenkurpfuscherei und Krüppelfürsorge.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXII, H. 1—3, S. 371.

W. weist darauf hin, dass durch die nichtkontrollierte Tätigkeit der Bandagisten in der Krüppelfürsorge mancherlei Unheil angerichtet werden könne, teils weil viele Deformitäten durch Apparate nicht geheilt werden können und so unnütze Zeitversäumnisse und Kosten entstehen, teils weil auf diese Weise der richtige Zeitpunkt für einen operativen Eingriff (Lux. cox.) versäumt wird.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

27) **Charnowska** (Petersburg). Bericht über das 10jährige Bestehen der „Werkstatt für Krüppel an der orthopädischen Abteilung der Maximilian-Heilanstalt“ in St. Petersburg.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXII, H. 1—3, S. 401.

Ch. schildert die Entstehung und Entwicklung der orthopädischen Werkstatt der Maximilian-Heilanstalt, die nur Krüppel in ihrem Betriebe beschäftigt. Einzelne Vorrichtungen, die zum Ersatz verlorener Gliedmassen bei verschiedenartiger Arbeit dienen, werden genauer beschrieben. Es werden in dieser Werkstatt auch eine



Reihe im Kriege verletzter Soldaten beschäftigt. Nach völliger Ausbildung können die Zöglinge entweder in der Anstalt weiter gegen Lohn arbeiten oder in andere Betriebe übertreten. Im ganzen konnten 72 % der Aufgenommenen wieder arbeitsfähig gemacht werden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

28) **H. Steinert** (Leipzig). Ueber Polyneuritis syphilitica.
Münch. med. Woch. 1909. 38.

In Anschluss an den Bericht über zwei Fälle kommt St. zu folgenden Resultaten: es gibt eine Polyneuritis luetica, die meist im frühen Sekundärstadium zugleich mit anderen syphilitischen Erscheinungen an Haut und Schleimhaut auftritt. Die Vermutung, es könne sich in diesen Fällen um eine Quecksilberinfektion handeln, ist zurückzuweisen: der Merkurialismus führt im Allgemeinen keine polyneuritischen Prozesse herbei. Nur bei einer schweren akuten Quecksilbervergiftung kann man nach ganz vereinzelten Erfahrungen mit der Möglichkeit rechnen, dass sie eine Polyneuritis verursachen könne. Das klinische Bild entspricht der symmetrischen Polyneuritis, häufig ist die pseudotabische Verlaufsform. Die Prognose ist nicht absolut günstig, eine energische Hg.kur ist in allen Fällen angezeigt. **Ewald**-Hamburg.

29) **L. Andernach** (Königsberg). Ein Fall von Oedème bleu und Differenz der Kniephaenomene.
Münch. med. Woch. 1909. 43.

Bei einem 19 jährigen Dienstmädchen mit anderen deutlichen Zeichen von Hysterie trat nach einem unerheblichen Fall auf den Ellenbogen eine Lähmung und Kontraktur der linken Hand auf mit totaler Anaesthesie, deutlicher Schwellung und bläulicher Verfärbung der Finger. Die Schwellung war hart, die Finger glänzend. Eine Behandlung konnte an dem Zustand nichts ändern. — Besonders war an dem Bilde der Hysterie, dass die Patellarreflexe nicht auszulösen waren. **Ewald**-Hamburg.

30) **K. Cramer** (Köln). Ueber metatraumatische vasomotorisch-trophische Neurosen.
Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VII, 4.

Die bekannteren Krankheitsformen der Vasomotilität und Trophik sind die Akroparaesthesie, die Raynaudsche Krankheit (asphyxie locale et gangrène symmétrique des extrémités), die Erythromelalgie (zentrale Neurose mit vasomotorischen, sensiblen und



sekretorischen Symptomen), die Sklerodermie. In der Aetiologie spielt immer die neuropathische Diathese eine Hauptrolle. Weiter gehören hierher die „flüchtigen oedematösen Schwellungen" (Quincke).

Genaue Mitteiluug dreier Krankengeschichten von 34, 43 und 56 Jahre alten Männern, die alle eine Quetschung der Hand resp. des Unterarms erlitten hatten. Die Hand schwoll sofort oder nach einiger Zeit an, war so gut wie unbrauchbar, Schmerzen und Bewegungsstörungen bestanden im ganzen Arm, und die ganze Konstitution litt so, dass die Patienten den Eindruck von Schwerkranken machten (Depression). Einmal wurde der Arm amputiert, ohne dass das Gesamtbefinden sich besserte, einmal trat $2^1/_2$ Jahre nach dem Unfall der Exitus ein.

Die Diagnose ist äusserst schwierig, differential - diagnostisch kommt das harte traumatische Oedem des Handrückens in Betracht, ferner das hysterische Oedem (Oedème bleu von Charcot und Oedème blanc von Sydenham). C.'s Fällen ähnliche Krankengeschichten sind in der Literatur nur wenig bekannt und dann ohne traumatische Aetiologie (6 Fälle). **Ewald**-Hamburg.

31) **Buccheri.** Studio clinico sulle modificazioni dei muscoli paretici uniti a muscoli sani con innesto laterale tendineo.

Archivio di ortopedia 1909. fasc. 2.

Verf. kommt zum Schluss:

1. durch die seitliche Einpflanzung eines gelähmten Muskels auf einen gesunden kehrt der leidende Muskel zum regulären Trophismus und zur Funktion zurück.

2. Durch Vernähung zweier von zwei verschiedenen Nerven abhängigen Muskel können derartige Verhältnisse geschaffen werden, durch die die Funktion des einen der beiden Nerven, der sie eingebüsst hat, mehr oder weniger vollständig durch den anderen, d. h. durch den Nerven des Stützmuskels übernommen wird.

Buccheri-Palermo.

32) **O. Förster.** Ueber die Behandlung spastischer Lähmungen mittels Resektion hinterer Rückenmarkwurzeln.

Mitt. aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. XX, H. 3, p. 493.

Zunächst gibt der Verf. einen neurolog. Ueberblick über die Komponenten, die das Krankheitsbild bei einer Unterbrechung der Leitungsfähigkeit der Pyramidenbahn zusammensetzen. Auf der einen



Seite steht die paretische Komponente oder Aufhebung der corticogenen Erregbarkeit der Muskeln, auf der anderen Seite die Steigerung der peripherogenen Erregbarkeit, deren Erscheinungen gebildet werden von einer Steigerung der Sehnenreflexe, zweitens Steigerung der Periost- und Weichteilreflexe, drittens Auftreten unwillkürlicher Mitbewegungen und viertens von den spastischen Muskelkontrakturen. Das reflektorische Auftreten dieser Erscheinungen wird auch dadurch erwiesen, dass sie in allen Fällen, in denen bei gleichzeitiger Erkrankung der Pyramidenbahn eine solche der Reflex vermittelnden Bahnen (hintere Wurzeln, Wurzeleintrittszehe) besteht, vermisst werden. Diese Ueberlegung brachte den Verf. auf die Idee, als rationellste Therapie eine operative Durchtrennung eines Gliedes des Reflexbogens zu versuchen und als solches konnten wiederum als einzig isolierbares Stück des sensiblen Teiles nur die hinteren Wurzeln in Betracht kommen. Um die durch eine ausgedehntere Verletzung hinterer Wurzeln auftretenden Störungen (Sensibilitätsstörung, Ataxie) zu vermeiden, sollten von den mit der sensiblen Versorgung eines Gebietes betrauten Wurzeln höchstens 2 benachbarte, oder von 2 benachbarten nur eine jeweils reseziert werden, was sich umso eher durchführen lässt, da jede Muskelgruppe ihre motor. und sensible Innervation aus mehreren (3—6) Segmenten des Rückenmarks erhält.

Nach diesen Erklärungen der neurolog. Basis des Operationsverfahrens teilt Verf. 5 Fälle mit, die mit ausgezeichnetem Resultat mit dieser Methode behandelt wurden. Es sind 2 Fälle Little'scher Krankheit, je 1 Fall spastischer Paraplegie der Beine bei Spondylitis tbc. und bei multipler Sklerose, und 1 Fall zerebraler Hemiplegie. Das Resultat der 5 Fälle bezieht sich auf 4 Punkte: erstens trat eine erhebliche Besserung der Muskelspasmen auf, zweitens wurde die patholog. Steigerung der Reflexe (Sehnen- und Weichteilreflexe) beseitigt, ebenso drittens die Mitbewegungen und viertens trat eine erhebliche Besserung der willkürlichen Beweglichkeit der Glieder auf, die z. T. durch den Wegfall des Widerstandes der spastisch kontrahierten Muskeln bedingt war. Die Kinder (Fall I—IV) lernten gehen, stehen usw. Eine sorgfältige Nachbehandlung, die unter Umständen von orthopäd. Operationen (Sehnentransplantationen, Teno-Myotomien) unterstützt werden muss, ist dabei notwendig.

Indikationsgebiet der Methode sind vor allem die Fälle von schwerer Little'scher Krankheit, dann die Kompressionsmyelitiden, multiple Sklerose u. A. **Balsch**-Heidelberg.



33) **Tietze** (Breslau). Die Technik der Förster'schen Operation.

Mitteil. aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir. Bd. XX, H. 3, p. 559.

Im Anschluss an die ausführliche Mitteilung Försters über die neurolog. Grundlagen und Erfolge seiner Operation gibt T. eine genaue Schilderung der Technik, die im Original nachgelesen werden muss. Es sei nur hervorgehoben, dass die Operation zweizeitig (1. Akt Laminectomie, 2. Akt Eröffnung der Dura und Wurzelresektion) ausgeführt wird. Eine peinliche Hautpflege vorher ist für die Asepsis notwendig. Die Operation ist als ein grosser Eingriff zu bezeichnen. Doch sind die Chancen keine ungünstigen. Bisher ist die Operation 13 mal ausgeführt mit 2 Todesfällen.

Balsch-Heidelberg.

34) **Virnicchi.** Altri 8 casi disutura dei nervi periferici.

Studium 1909. Nr. 4.

Klinische Fälle mit kurzen Betrachtungen.

Buccheri-Palermo.

35) **Meissner.** Bericht über 600 Lumbalanästhesien.

Bruns Btrge. z. kl. Chir. 64. Bd. 1. H. p. 62.

Auf Grund der Erfahrungen an 600 Lumbalanästhesien aus der Tübinger chirurg. Klinik, spricht sich Verf. doch sehr zurückhaltend über den Wert des Anästhesierungsverfahrens aus. In der letzten Periode, in der die technische Uebung und Erfahrung am besten waren, blieben noch 4,1% Versager und 24,6% Neben- und Nachwirkungen zum Teil ziemlich schwerer Art. Den Todesfall an Coma diabetic. nach Lumbalanästhesie ist Referent doch geneigt, der Lumbalanästhesie zuzuschreiben, da auch andere Autoren die gleiche Erfahrung machten, dass die L.-A. bei Diabetes den Eintritt des Coma begünstigt.

Balsch-Hamburg.

36) **J. Riedinger** (Würzburg). Ueber typische Abrissfrakturen von Dornfortsätzen der untersten Hals- und obersten Brustwirbelsäule.

Arch. für Orthop., Mechanother. und Unfallchirurgie. Bd. VII. 4.

Fall eines 38 jährigen Erdarbeiters, der beim Ausschaufeln eines 2 m tiefen Kanals plötzlich einen lebhaften Schmerz zwischen den Schulterblättern verspürte, so dass er die Arbeit unterbrechen musste. Ein Versuch, sie nach 14 Tagen wieder aufzunehmen, misslang. Druckschmerz am Prozessus spinosus des 2. Brustwirbels, Schmerzen bei Erhebung des Arms über die Wag-



rechte hinaus. Am Röntgenbild findet sich eine doppelte Konfiguration des 2. Brustdornfortsatzes: die Spitze ist von der Basis getrennt und nach abwärts verschoben. Als Entstehung der Rissfraktur ist einseitiger Muskelzug anzunehmen, wie einige ähnlich geartete Fälle schon in der Litteratnr beschrieben worden sind (Henschen, Sauer, v. Frisch — 8 Fälle, 4 davon durch aktive Schleuderbewegung mit der Schaufel entstanden.). Genaue Untersuchung des Mechanismus des Zustandekommens: die Fraktur ist auf die hemmende Wirkung des Rhomboideus im Momente der Serratuskontraktion (Schleudern des Arms in die Höhe) zurückzuführen.

Ewald-Hamburg.

37) **Berghausen, G.** (Cöln). „Ueber Wirbelverletzungen."

Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. Bd. 3.—6. H. p. 284.

Nach Verf. haben die Wirbelsäulenverletzungen im letzten Dezennium an Häufigkeit zugenommen, was auf der besseren Diagnosenstellung beruht namentlich der leichteren Fälle, die klinisch unsichere Symptome darbieten. Die Röntgenaufnahmen ermöglichen diese besseren Diagnosen, aber auch sie erfordern eingehendes, systematisches Studieren und Erfahrung zur richtigen Deutung. Verf. bringt denn 4 einschlägige Fälle aus dem Bürgerhospital in Cöln, bei denen durch die zwecks Begutachtung angefertigten Röntgenogramme erst die Wirbelfrakturen gefunden worden waren.

Baisch-Heidelberg.

38) **Cocci, Gior.** (Arezzo). Contributo alla diagnosi e alla cura delle fratture della colonna vertebrale.

Il Cisalpino, febbraio. 1909.

Zwei klinische Fälle mit kurzen Betrachtungen über die Behandlung dieser Frakturen.

Buccheri-Palermo.

39) **Fioravanti.** L'intervento chirugirco nella cura dell'-osteite tubercolare dei corpi vertebrali.

Il Morgagni, Parte I. 1909. Nr. 6—7.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der blutige Eingriff an den Wirbelkörpern mit tuberkulöser Ostitis ist technisch stets möglich, welches auch der Sitz der Läsion sein mag.

2. Die Eingriffe auf direktem vertebralem Weg, die bei den Läsionen der Markseite der Wirbelkörper vorzunehmen sind, sind im grossen und ganzen bedeutend schwerer als die zirkumvertrebral vorgenommenen. Diese, die speziell bei den Läsionen der vorderen



seitlichen Fläche der Wirbelkörper indiziert sind, zeigen die grössten Schwierigkeiten und die grösste Schwere, wenn sie auf die Behandlung von Läsionen der Dorsalwirbel gerichtet sind.

3. Die Naherfolge all dieser Eingriffe an den Wirbelkörpern sind bedeutend besser als die Dauerresultate: letztere sind jedoch nicht derartige, dass sie ihre absolute Verwerfung rechtfertigen würden. Vielmehr können diese Eingriffe mit Nutzen zur Anwendung gebracht werden und zwar ganz besonders, wenn die orthopädische und die allgemeine hygienische und medikamentöse Behandlung keinerlei Resultate gegeben haben oder wenn schwere Folgen des Prozesses (Fistelgänge, Paraplegie) bestehen, gegen die die einfacheren Behandlungsmethoden sich erfolglos gezeigt haben.

4. Auch die Dauerresultate dieser Operationen können bedeutend besser werden, sobald jeder Chirurg bei der Auswahl der Fälle darauf bedacht ist, die lokalen und allgemeinen Indikationen und Kontraindikationen gut abzuwägen. **Buccheri**-Palermo.

40) **E. Jouan.** Mal de Pott survenu à quinze ans et guéri spontanément avec attidude invétérée de torticollis.

Gazette médicale de Nantes. Revue de chir. 1909. 4.

Der 50 jährige Mann, der einen fixierten Torticollis und einen Nackentumor aufweist, hat im Alter von 15 Jahren eine Spondylitis cervicalis durchgemacht, die zu einer Lähmung des rechten Arms und dem Torticollis führte. In 18 Monaten war die Spondylitis und die Armlähmung von selbst geheilt; die Deformität blieb.

Ewald-Hamburg.

41) **H. Landwehr** (Köln). Spondylarthritis ankylopoetica nach Meningitis epidemica.

Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VII, 4.

Bei einem 14 j. Knaben wurde während der Kölner Epidemie (1907) eine typische Genickstarre diagnostiziert. Beim ersten Aufstehen wurde eine abnorme Kyphose und Steifheit der Wirbelsäule festgestellt. Lumbalwirbelsäule konvex, Dornfortsätze des II. und III. Wirbels prominent. Sonst keinerlei Beschwerden. Pirquet allerdings positiv, doch ergiebt die Anamnese und der Befund keinen Anhaltspunkt für Spondylitis tuberculosa. Es scheint Neigung zum Fortschreiten der Deformität zu bestehen. —

Es scheint sich um eine Spondylitis infectiosa zu handeln, wie sie auch nach Scharlach, Typhus, Pneumonie, Gonorrhoe vorkommt (Quincke, E. Fränkel). Das Röntgenbild ergab nichts



sicheres, was auf eine Veränderung der Knochenstruktur oder Gelenkerkrankung schliessen lassen könnte. Trotzdem ist nach dem klinischen Befund eine metastatische Knochen- uud Gelenkeiterung zu postulieren. **Ewald**-Hamburg.

42) **Becker** (Bremen). Der Lendenschwinger, ein neuer Skoliosenpendelapparat.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXI, H. 4, S. 572.

B. beschreibt einen von ihm konstruierten Pendelapparat, der erlaubt, die Abbiegung der Lendenwirbelsäule genau zu lokalisieren. Pat. sitzt mit im Hüftgelenk rechtwinklig flektierten, im Kniegelenk gestreckten Beinen, sodass eine Mitwirkung der Beine ausgeschaltet ist. Die Uebertragung vom Hauptpendel ist so angeordnet, dass Becken und Dorsalteil nach derselben Seite hinüber gebogen werden. Der Punkt der Abbiegung kann durch ein anliegendes Polster ganz genau bestimmt werden. Der Apparat eignet sich demnach vorzugsweise für Lumbalverbiegungen und Totalskoliosen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

43) **Mayol, P.** Le deviazioni della colonna vertebrale e la loro cura mediante la Kinesiterapia.

Rivista internazionale di terapia fisica 1909. fobbraio.

Verf. zeigt die wohltätigen Wirkungen der Heilgymnastik bei diesen Deviationen. **Buccheri**-Palermo.

44) **Chlumsky** (Krakau). Ueber den schlechten Einfluss der schwedischen Gymnastik und ähnlicher Lockerungsverfahren auf die Skoliose.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXII, Heft 1—3, S. 317.

An einigen Fällen demonstriert Ch. die Tatsache, dass durch zu intensive Gymnastik (schwedische, Kriechübungen) unter Umständen eine Verschlimmerung einer bestehenden Skoliose herbeigeführt werden kann oder wenigstens ihr Fortschreiten nicht aufgehalten wird. Es handelte sich im allgemeinen um schwächliche Individuen. Verf. empfiehlt deshalb die an und für sich sehr empfehlenswerte Gymnastik nicht zu übertreiben, sondern entsprechend der Konstitution des Patienten zu verfahren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

45) **Carl Ritter.** Zur Frage der Entstehung des erworbenen muskulären Schiefhalses.

Arch. für Orth. Mechanother. und Unfallchir. 1909. Bd. VII. 4.

Meistens ist jetzt die Anschauung von Mikulicz-Kader



über die Entstehung des Torticollis angenommen: Myositis interstitialis fibrosa traumatica, wenn er sich nicht auf infektiöser Basis entwickelt. Neuerdings wird von Fridberg und Kempf behauptet, dass es sich um rein regressive und reparative Vorgänge handle (ischaemische Kontraktur, path.-anatomisch bedingt durch einen haemorrhagischen Infarkt). Dieser Anschauung schliesst sich auch R. an, der auf die meist schwere und nicht natürliche Geburt von Torticolliskindern hinweist. Zunächst hält er aber eine Untersuchung darüber für notwendig, ob überhaupt ein Trauma ähnliche Muskeldegenerationen hervorrufen kann. Diese Frage glaubt er bejahen zu können, da er in 3 Fällen nach Muskelquetschungen infolge stumpfer nicht sehr starker Gewalteinwirkungen (Pferdehuf, Gewehrkolben, Wagendeichsel) bei der Operation bindegewebige Entartung der entsprechenden Muskelpartie neben normaler Muskulatur und Blutpigment fand. Diese Muskelveränderungen decken sich völlig mit denen beim Schiefhals. Nach R.'s Ansicht handelt es sich nicht, wie Kempf meint, um eine ischämische Kontraktur, sondern um eine Infarktbildung. **Ewald**-Hamburg.

46) **Jürgen.** Ueber angeborenen Schulterblatthochstand.
Deutsch. Zeitschrift f. Chir. 99. Bd. 3.—6. Heft p. 457.

3 Fälle von Schulterblatthochstand mit Knochen-Spangenbildung von der unteren Halswirbelsäule zur Skapula, die Verf. mit Putti als Rippenanaloga deutet, und sich damit zu den Autoren gesellt, die den Schulterblatthochstand als Missbildung aus frühester Foetalperiode ansehen. 1 von den drei Fällen war von Bardenheuer mit Erfolg durch Entfernen der Knochenspange behandelt worden. **Baisch**-Heidelberg.

47) **Noferi** (Sina). Nota sul trattamento delle lussazioni complete sopra-acromiali della clavicola.
Archivio di ortopedia, A. 25. Fasc. 5—6.

Durch Darlegung eines in der Klinik von Prof. Biondi studierten klinischen Falles sucht Verf. die Zweckmässigkeit der blutigen Behandlung der Luxationen des Schlüsselbeins auf das Acromion darzutun. **Buccheri**-Palermo.

48) **Clairmont und Ehrlich.** Ein neues Operationsverfahren zur Behandlung der habituellen Schulterluxation mittels Muskelplastik.
Arch. für kl. Chir. 89. Bd. 3. H. p. 798.

Die zahlreichen, z. T. recht eingreifenden Operationen bei



habitueller Schulterluxation, die meist an Kapsel, Muskeln oder den Knochen selbst angriffen, veranlassten die Verf., ein einheitliches Operationsverfahren für alle Gruppen der Schulterluxation zu suchen. Die allen Gruppen gemeinsame Ursache der Luxation sehen die Verff. in einer Koordinationsstörung der normalen Muskelwirkung. Deltoideus und Subscapularis überwiegen, es muss also ein Antagonist geschaffen werden, der das Abgleiten des Kopfes nach vorne unten verhindert, also einen Zug nach hinten oben ausübt. Dies erreichen die Verff. durch Bildung eines Muskellappens mit oberer Basis aus dem hinteren Deltoideusteil, der um die hintere Peripherie des Humerushalses herumgeschlungen im vorderen Teil des Deltoideus zur Einheilung gebracht wird. Wichtig ist dabei die Erhaltung der Kontraktionsfähigkeit. Die Einzelheiten der genau geschilderten Technik müssen im Original nachgelesen werden. 2 Fälle wurden auf diese Weise mit gutem Erfolg operiert. Dauerfolge bleiben noch abzuwarten. **Balsch**-Heidelberg.

49) **Madelung** (Strassburg). Die Reposition der irreponiblen Schulterluxation mittelst Arthrotomie von hinten.
Arch. für kl. Chir. 99. Bd. 4. H. p. 1126.

Verfasser hat einen Fall von veralteter Schulterluxation mit Arthrotomie von hinten nach Kocher noch reponieren können mit gutem funktionellem Resultat. Bei der Freilegung von vorne, wie sie bisher geübt wurde, war meistens Resektion des Kopfes notwendig. M. empfiehlt daher für alle ähnlichen Fälle dieses Verfahren. **Balsch**-Heidelberg.

50) **Krabbel.** Zur Behandlung der primären Radialislähmung bei Oberarmbrüchen.
Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. Bd. 3.—6. H. p. 326.

Verf. tritt für die operative Freilegung des N. radialis ein, wenn innerhalb 8—14 Tagen nach der Oberarmfraktur die Funktion des Nerven sich nicht wieder hergestellt hat. Er führt 2 Fälle von operativer Freilegung an, wo der Nerv durch vorstehenden Knochen gedehnt, nicht zerrissen war. Entfernung des vorstehenden Knochenstückes und Einhüllen des Nerven in eine Muskelschicht brachte nach ca. 6 Wochen wieder vollkommene Funktionsfähigkeit. **Balsch**-Heidelberg.

51) **Landwehr.** Ueber Condylenbrüche des Humerus und ihre Behandlung.
Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 99. H. 3.—6. p. 360.

Verf. schildert an Hand von 28 Fällen die Ergebnisse der

Bardenheuerschen Extensionsbehandlung von Condylenbrüchen des Oberarmes. Sie sind namentlich quoad functionem sehr gute. In nur 2—3 Fällen ist eine Störung zurückgeblieben. Die anatomischen Resultate wären ja eigentlich nur durch Röntgenogramme kontrollierbar, doch scheinen auch hierin gute Resultate vorzuliegen. Es sind ja, namentlich unter den suprakondylären Frakturen eine Anzahl anscheinend leichte Fälle, die bei jeder einigermassen sachkundigen Behandlung gute Resultate geben würden, doch tut dies der Methode keinen Eintrag. Wegen der Details der Extensionsbehandlung wird auf das Buch von Bardenheuer-Grässner verwiesen.

Baisch-Heidelberg.

52) **H. Finsterer.** Der isolierte Bruch des Mondbeines.

Bruns Btrge. z. klin. Chir. 64. Bd. 1. H. p. 85.

Die Lunatumfraktur ist eine der seltensten typischen Verletzungen der Handwurzelknochen. Verf. bringt 5 neue Fälle und konnte aus der Literatur 12 weitere sammeln. In anderen Fällen findet sich die Lunatumfraktur mit anderen Verletzungen kombiniert. Aetiologisch will Verf. eine Kompressions- und eine Abrissfraktur, letztere viel seltener, unterscheiden. Leichenexperimente brachten Verf. wohl einen Anhalt für seine Ansicht, doch keine sichere Entscheidung. Unter den Symptomen ist neben den allgemeinen einer Handwurzelverletzung besonders wichtig die Verkürzung des Abstandes des Köpfchens des Metacarp. III von der Radiuskante und der umschriebene Schmerz bei Schlag auf dieses Metacarpale. Die Dorsalflexion ist meist mehr behindert als die Volarflexion. Therapeutisch kommt wegen genannter Verkürzung in frischen Fällen eine Extension am Metacarpale III in Betracht. In 2 veralteten Fällen war die Exstirpation des Lunatum von gutem Erfolg, sonst kommen Massage, Heissluft etc. zur Anwendung, die Prognose jedoch dabei dubiös quoad functionem. **Baisch**-Heidelberg.

53) **Schultze** (Duisburg). Zur Behandlung der Deformitäten der unteren Extremität.

Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXII, H. 1—3, S. 1.

Sch. hebt zunächst hervor, dass portative Redressionsapparate zur Behebung von Deformitäten im grossen und ganzen zwecklos seien, dass vielmehr ein operativer Eingriff in den weitaus meisten Fällen rascher und sicherer zum Ziele führe. Die grösste Anzahl der Verbildungen (Hüftkontrakturen und Luxationen, Kniedeformitäten und besonders Klumpfuss und Plattfuss lassen sich durch unblutige



Operationen korrigieren. Voraussetzung ist dabei, dass die pathologische Stellung genügend überkorrigiert wird. Sch. beschreibt dann die von ihm zu diesem Zweck benutzten Apparate und ihre Anwendungsweise, den Beckenfixator nebst Extensionsvorrichtung zur Behandlung von Hüftleiden und seine bekannten Osteoklasten zur Korrektur des Klumpfusses und Plattfusses. Auch Kniedeformitäten lassen sich mit diesen Apparaten redressieren. Verf. betont am Schlusse nochmals, dass Plattfuss und Klumpfuss nur unblutig behandelt werden dürfen und dass eine Rekonstruktion der normalen Form erreicht werden müsse. Zahlreiche Abbildungen der Apparate illustrieren die Anwendungsweise des näheren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

54) **Manzoni, A.** (Mailand). Contributo allo studio delle osteomieliti dell'osso ileo.

Annali d'Ippocrate. 1909. Nr. 18.

Die Osteomyelitis des Os ilei ist weniger selten als man bisher glaubte und darf von den Klinikern nicht vernachlässigt werden. Ihre Häufigkeit in der Kindheit, der Jugend und auch im gebärfähigen Alter der Frau ist nunmehr eine nicht zu bezweifelnde Tatsache.

Glücklicherweise beschränkt sie sich darauf, ein kurzes Stück des Knochens zu befallen.

Als das den Ausbruch der Infektion bedingende infektiöse Element wird nunmehr allseits der Staphylococcus aureus betrachtet, aber die ganze Mikrobenlegion (mit Einschluss des Colibacillus) kann sie in ihren Graden, in ihren akuten, subakuten, chronischen Kundgebungen bedingen.

Verf. ist der Ansicht, dass ein prompter, in einigen Fällen frühzeitiger Eingriff den Gang des Leidens gleich von seinem Entstehen an wird modifizieren können.

Die Inzision, Trepanation, Resektion sollen gleich im Beginn des Leidens versucht werden, um den Infektionsherd möglichst zu begrenzen, ebenso während seines Verlaufes zur Bekämpfung der Folgen, deren die Natur aus eigenen Kräften heraus nicht Herr werden kann.

In Anbetracht der Schwere des Leidens in einigen Fällen darf dem zur Ausführung gebrachten Operationsakt nicht der verhängnisvolle Ausgang zugeschoben werden, sondern für jenen sind nur die erzielten Erfolge in Rechnung zu ziehen.

Buccheri-Palermo.

55) **O. Fittig** (Strassburg i. E.). Die Epiphysenlösung des Schenkelhalses und ihre Folgen.

Ein Beitrag zur Coxa vara und valga adolescentium.

Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 89, 4. H. p. 912.

Verf. stellt sich mit Sprengel und Kempf auf den Standpunkt, dass es eine statische Schenkelhalsverbiegung im jugendlichen Alter nicht gäbe, dass diese stets traumatischen Ursprungs (partielle oder totale Epiphysenlösung) sei. Er stützt sich dabei darauf, dass die statische Lehre eine in keinem Falle bewiesene Hypothese sei und dass sie nicht einmal die Hauptabbiegung nach rückwärts, viel weniger noch die selteneren Formen der Coxa vara anteflexa und Coxa valga zu erklären imstande sei, während die Epiphysenlösung eine in zahlreichen Fällen bewiesene Tatsache sei und für alle Fälle ein deutliches Erklärungsbild liefere.

Balsch-Heidelberg.

56) **Waldenström** (Stockholm). Die operative Behandlung von Tuberkulose im Schenkelhals.

Zeitschrift f. orthopäd. Chir. Bd. XXII, H. 4, S. 581.

W. schlägt für diejenigen Fälle von Coxitis, in denen ein Herd des Collum den primären Sitz der Tuberkulose darstellt, eine operative Behandlung vor. Am aussichtsvollsten ist diese Therapie natürlich, wenn noch keine Perforation ins Gelenk stattgefunden hat, doch kommen die Kranken sehr selten bereits in diesem Stadium zur Beobachtung. Doch glaubt Verf. nach seinen Erfahrungen annehmen zu müssen, dass auch bei bereits vorhandener Gelenkerkrankung diese durch die Entfernung des Knochenherdes günstig beeinflusst wird. Die Operation wird in der Weise gemacht, dass der Trochanter unter Erhaltung der Muskelansätze temporär abgesägt und dann von der Sägefläche aus der röntgenographisch festgestellte Herd angebohrt wird. Um eine Infektion der Wunde durch das tuberkulöse Virus zu verhindern, schraubt W. einen Cylinder, der ein Gummituch über dem ganzen Umfang der Wunde fixiert, in das Bohrloch ein und entfernt mit feinem Löffel durch diesen Cylinder hindurch den Herd. Dieser wird dann mit Jodoformglyzerin gefüllt und die Wunde vernäht, nachdem der Trochanter wieder an seiner Stelle fixiert ist. Mit den bisherigen Erfolgen ist Verf. sehr zufrieden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

57) **W. Hagen** (Nürnberg). Ueber Pathogenese und Aetiologie der Coxa vara adolescentium.

Bruns Btrge. z. kl. Chir. 64. B. 3. H. p. 763.

Verf. wendet sich gegen die von Fittig vertretene Anschauung



von der traumatischen Entstehung der Coxa vara adolescentium, und sucht zu beweisen, dass der Satz vom Missverhältnis zwischen statischer Inanspruchnahme und statischer Leistungsfähigkeit nicht, wie Fittig meint, ein kompliziertes Wort, sondern eine unumstössliche Tatsache ist. Verf. trennt die seiner Meinung nach von Fittig nicht genügend auseinandergehaltenen Begriffe „Pathogenese“ und „Aetiologie“ schärfer, indem er die Epiphysenlösung nicht als ätiologischen Faktor, sondern nur als eine sekundäre Folgeerscheinung, als Symptom, gelten lassen will. Die abnorme Belastung ist jedoch zu einer vollkommenen Erklärung nicht nur für alle Fälle ausreichend, wie Verf. beweist, sondern auch notwendig, da sie die weitere ist, und sich die Fälle mit Epiphysenlösung vollkommen befriedigend durch sie erklären lassen.

Balsch-Heidelberg.

58) **Glaessner** (Berlin). Ein Beitrag zur Frage der Vererbung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

Zeitschr. für orthop. Chir. 22. Bd. 4 H. S. 596.

G. stellt nach einem Material von 200 Fällen in 18,5% ein hereditäres Vorkommen der Luxation fest und in 2% familiäres Auftreten. G. will keine direkten Schlüsse auf die Aetiologie der angeborenen Hüftverrenkung daraus ziehen, weist aber darauf hin, dass das Verhältnis zwischen den Zahlen für Heredität und familiäres Vorkommen doch Beachtung verdiene. Wollenberg, auf den sich G. beruft, hat ja diese Tatsache als Stütze für seine Keimfehlertheorie verwandt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

59) **P. Graf.** Zur Lehre von der Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung.

Bruns Btrg. zur klin. Chir. 64. Bd. 1. H. p. 152.

Angeregt durch Le Damanys Studien über die Entstehung der kongenitalen Hüftluxation hat Gr. eine systematische Messung an Becken und Oberschenkeln von 111 Föten und Neugeborenen vorgenommen, um zu untersuchen, ob sich eine anatom. Grundlage für die grössere Häufigkeit der Luxation beim weiblichen Geschlecht und darnach auch für die Entstehung der Luxation überhaupt finden lasse. Das Ergebnis war nun im ganzen ein negatives, d. h. Gr. fand wohl einige Verschiedenheiten beim weiblichen Geschlecht (grösseren Abstand der Pfannenzentren im Verhältnis zur Oberschenkellänge, stärkere Neigung der Pfanne ventralwärts), doch hält Verf. die Unterschiede für zu gering, um eine genügende Erklärung abzugeben. Auch die Messungen von Schenkelhalswinkel und Torsion



des oberen Femurendes ergaben keine befriedigende Aufklärung. Verfasser ist daher geneigt, den Eintritt der Hüftluxation nicht in uterum zu verlegen, sondern in die Zeit nach der Geburt, wenn die Streckung der physiologisch vorhandenen Flexionsstellung der Beine ein Abgleiten nach oben ermöglicht. Er empfiehlt daher die anatom. Untersuchungen an Kinderbecken aus den 1. Lebensjahren vorzunehmen. **Balsch**-Heidelberg.

60) **Feinen.** Die isolierten Frakturen des Trochanter major und minor.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. Bd. 3.—6. H. p. 444.

Verf. fand unter einem Material von 100 Frakturen am oberen Femurende von 1902—1908 im Cölner Bürgerhospital 6 isolierte Frakturen des Trochant. major und 1 des Trochanter minor. Heutzutage, wo alle Verletzungen auch anscheinend nur Kontusionen geröntgent werden, dürften diese Frakturen wohl häufiger beobachtet werden. Die Frakturen des Trochant. major sind durch direkte Gewalt entstanden, die des Troch. min. ist eine Abrissfraktur. Behandelt wurden alle Fälle mit Extension mit gutem Resultat. Die Patienten wurden nur bis zur Entlassung beobachtet, die beschwerdefreie Dauerheilung dürfte daher doch noch in Frage gestellt sein. **Balsch**-Heidelberg.

61) **E. Hoffmann** (Düsseldorf). Zur Kasuistik der habituellen kongenitalen Luxation der Patella.

Deutsche Zeitschr. für Chir. 99. Bd. 3.—6. H. p. 201.

Verf. führt einen Fall kongenitaler Patellarluxation an, den er mit Verlagerung des Ansatzes des Ligam. patellae auf die mediale Tibiafläche und Fältelung der Kniegelenkskapsel heilte, und ein vorzügliches Dauerresultat (5 Jahre) damit erzielte. Die zahlreichen Operationsmethoden, die zur Heilung der Patellarluxation angegeben wurden, sind bedingt durch die jeweils am deutlichsten hervortretenden Symptome und haben dadurch jeweils ihre Berechtigung. **Balsch**-Heidelberg.

62) **G. Impallomeni,** le traitement de l'ostéoarthrite tuberculeuse du genou chez l'enfant doit être résolument conservateur.

Revue d'orth. 1909. 6.

Bei Erwachsenen muss man die Gelenktuberkulose sehr oft operativ behandeln. Bei Kindern soll man so konservativ wie nur irgend möglich vorgehen; u. a. ist bei einem blutigen Eingriff eine Verletzung der Epiphysenlinie, also eine spätere Verkürzung der

Extremität zu fürchten, dann aber gibt die konservative Methode in funktioneller Beziehung bessere Resultate. Die Anatomie und Physiologie der Epiphysenlinie am unteren Femur- und oberen Tibiaende wird genau besprochen, ebenso das Wachstum und die Ossifikation der Epiphysen, und daraus die Folgerung gezogen, dass die Resektion des Kniegelenks bis zum 14. Lebensjahr ein Kunstfehler ist. (Koenig, Kirmisson.) Ausser der Verkürzung kommt es fast immer zur Flexionkontraktur, zum genu valgum oder varum, ob nun eine feste Knochenkonsolidierung eingetreten ist, oder nicht. Diese Stellungsanomalie tritt auch ein, wenn man die Epiphysenlinien möglichst geschont hat. Ja, selbst bei der Arthrektomie ist die Herausbildung einer fehlerhaften Stellung immer zu fürchten, ganz abgesehen davon, dass sie häufig zu Rezidiven führt und dass auch hier die Verkürzung nicht auszuschliessen ist (König beobachtete in 7 Fällen Verkürzungen bis zu 20 cm.). Die Arthrotomie ist ungenügend.

Die konservative Behandlungsmethode Kirmissons wird genau beschrieben. Sie besteht in absoluter Fixation im Gipsverband, bei fungösen Massen ausserdem in der tiefen Ignipunktur, bei Hydrarthos in Aspiration und Injektion von 10% Jodoformäther. Die Tenotomie der Kniebeuger verhindert die Neigung zur Flexionsstellung. Mit diesem konservativen Verfahren ist Kirmisson bei Kindern immer ausgekommen. Bei schon bestehenden Fisteln kommen Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd oder auch die Wismutpaste (Beck) in Anwendung. Nachdem anscheinend die Heilung eingetreten ist, soll noch für 1—2 Jahre eine Lederhülse getragen werden.

Was die Ankylosen in fehlerhafter Stellung anlangt, so ist eine leichte Flexion (15°) für die Funktion des Beines günstig. Stärkere Flexionsstellungen müssen durch die suprakondyläre Osteotomie beseitigt werden. Bei einer Stellung von 120° muss man zur Osteotomie des Femur noch die der Tibia hinzufügen. Bei den stärksten Graden muss man zur Resektion seine Zuflucht nehmen, dann aber erst im 17. Lebensjahre.

Mit der Bierschen Stauungshyperämie hat die Schule Kirmissons keine guten Erfahrungen gemacht. Dagegen hat die systematische Injektion von Jodoform-Kreosotoel (wöchentlich 2 bis 4 ccm.) in jedem Fall von Gelenktuberkulose seine Vorzüge. (Nicht Kampfer-Naphtol!). 18 Krankengeschichten beweisen die Vorzüge der Behandlungsmethode von Kirmisson. **Ewald**-Hamburg.



Vereinsberichte.

63) # Französischer Chirurgenkongress 4.—9. Oktober 09.

Revue de Chir. 1909. 11.

1. Chirurgische Eingriffe bei Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks.

Referent: Sancert (Nancy). Nur bei nervösen Störungen ist ein Eingriff indiziert. Gewöhnlich genügt Ruhelage (eventuell mit Rauchfussscher Schwebe), um völlige Heilung herbeizuführen. Bei isolierten Frakturen der Wirbelbogen liefert die Laminektomie glänzende Resultate. Bei Brüchen der Wirbelkörper am Halse ist frühzeitig Operation im Fall nervöser Störung indiziert, bei denen der Brust- und Lendenwirbel soll man warten. Immer muss die Diagnose bezgl. des Ortes der Verletzung unbedingt feststehen.

Aurray (Paris): Von den beiden Verfahren, der Resektion oder der temporären Laminektomie, verdient das erstere Vorgehen den Vorzug, namentlich wenn man subperiostal reseziert. Die Frakturen und Luxationen der Wirbel können unblutig durch Lagerung des Patienten, eventuell durch Zug und Gegenzug reponiert werden. Gelingt dies nicht, so ist methodische, u. U. gewaltsame manuelle Reposition notwendig. Erst wenn dieses Verfahren fehlgeschlagen ist, ist die Laminektomie indiziert.

Fontan (Toulon) teilt 3 Beobachtungen von schweren Wirbelsäulenverletzungen mit, wo die Laminektomie recht gute Erfolge hatte.

Willems (Gent). 4 Patienten mit Lähmung der unteren Extremitäten nach Wirbelluxationen starben sämtlich sofort nach der blutigen Reposition und Laminektomie. In einem Fall traten erst 7 Monate nach dem Unfall Paraplegie der unteren Extremitäten, Incontinentina urinae und Geschwürbildung auf. Die Sektion ergab eine nicht konsolidierte Fraktur der Dorn- und Querfortsätze des 12. Brust- und ersten Lendenwirbels, sowie ein von den Meningen ausgehendes grosses Endotheliom an der Frakturstelle. Der Fall beweist die Notwendigkeit sofortiger und langdauernder Fixierung. — Andere Fälle, die für Rückenquetschungen gehalten wurden und Wirbelverletzungen waren (Lendenwirbelsäule) deuten auf den Wert der Röntgenuntersuchung hin. — In einem Fall vermutete W. eine Haematorhachis, machte die Lumbalpunktion, und sofort nach der Entleerung des Blutes stellte sich Motilität und Sensibilität wieder her.

Doyen (Paris) bemerkt, dass Wirbelfrakturen des Lendenteils wegen der Zerstörung des Rückenmarks selten günstig verlaufen. Dagegen hat die Laminektomie bei Rückenmarkskompression gute Resultate. — Technische Bemerkung unter Berücksichtigung der von D. erfundenen Instrumente.

Reymond (Paris) teilt 3 Fälle mit, in denen die Laminektomie mit wechselndem Erfolge vorgenommen wurde. Bald verschwanden die Motilitätsstörungen, bald nur die der Sensibilität, bald gar nichts.

Maire (Vichy) und **Raymond** (Lyon) schliessen aus ihren Erfahrungen, die sie an 6 Fällen gesammelt haben, dass nach Aufhebung der Kompression Heilung oder bedeutende Besserung eintreten kann, die sich besonders in der Funktion der Sphinkteren äussert. — Das Alter der Verletzung hindert nicht eine postoperative Besserung.

Kocher (Bern) rät in keinem Fall sofort zu operieren, sondern erst die Shokerscheinungen verschwinden zu lassen. Aus dem Verhalten der Sehnenreflexe ergibt sich die Indikation zur Operation.

Lucas-Championnière (Paris) spricht über den günstigen Einfluss der Knochenverkürzung auf die Muskelfunktion, den man bei Resektion der Knochen und der Gelenke beobachten könne; ja vorher atrophische Muskeln können sich ausserordentlich schnell und gut regenerieren. Umgekehrt leiden sie bei jeder Ueberdehnung.

Eine jetzt 31 jährige Frau hat Verfasser vor 20 Jahren wegen einseitiger Coxitis und doppelseitiger Gonitis reseziert und subtrochanter osteotomiert. Dadurch sind die unteren Extremitäten verkürzt worden, und wider Erwarten ist die seit langen Jahren erloschene Muskelfunktion wiedergekehrt, so dass die Frau mit Stöcken gehen kann.

Ebenso ist bei einer jungen Frau mit paralytischem Schlottergelenk des Knies und Spitzfuss die Kontraktionsfähigkeit der Muskeln, die erloschen war, nach der Resektion des Kniegelenks und nach der Ablation aller Tarsalknochen wieder eingetreten, so dass die Patientin mit einem Stock gehen kann.

Auch bei Frakturen, die mit Längendislokation geheilt sind, überrascht die Kraft und Schnelligkeit der Muskelfunktion. Von diesem Gesichtspunkte aus wäre eine Heilung der Fraktur mit mässiger Verkürzung sogar zu wünschen.

Aus dieser Tatsache der Muskelverbesserung durch Verkürzung dürften von der Chirurgie verschiedene Urteile gezogen werden.

Kirmisson (Paris) behandelt die Volkmannsche ischämische Kontraktur. Ausser der Muskulatur sind auch häufig die Nerven lädiert; diese müssen möglichst früh freigelegt werden, was manchmal schon genügt, um die Muskelfunktion wiederherzustellen. Erst wenn der Erfolg ausbliebe, soll man zur Sehnenverlängerung oder Knochenverkürzung seine Zuflucht nehmen; ebenso in alten Fällen, wo von einer Nervenfreilegung nichts mehr zu erwarten ist.

Phocas (Athen) beschreibt ein neues Verfahren bei der Sehnenüberpflanzung: die freigelegten Muskeln werden bei der Operation selbst auf ihre verschiedene Kontraktionsfähigkeit faradisch geprüft, und danach wird der Operationsplan festgesetzt. Ph. hofft damit die Resultate verbessern zu können. — Zur Beseitigung eines spastischen Schiefhalses hat er in einem Fall einen Spinalnerven auf den Hypoglossus verpflanzt.

Thiéry berichtet über einen Fall von schnellender Hüfte, wegen eines Osteoms eines pelvi-trochanteren Muskels traumatischer Entstehung.

Frölich (Nancy) hat 7 Fälle von angeborener Pseudarthrose der Tibia beobachtet. Bald handelt es sich um Inkurvation der Unterschenkelknochen nach vorn, mit Hautnarben auf der Höhe der Verkrümmung — (an dieser Stelle sieht man auf Röntgenbildern eine Entkalkungszone an der Tibia, die Veranlassung der Pseudarthrosenbildung) (4 Fälle). Bald handelt es sich um wahre Pseudarthrosen mit Beweglichkeit der Fragmente (3 Fälle). Die schwierige Heilung derartiger Pseudarthrosen ist bekannt. Fr. nimmt von der Tibia des gesunden Beins ein 4 cm langes Periostknochenstück und überpflanzt es auf die Pseudarthrose, nachdem die Fragmente angefrischt und bis aufs Mark ausgehöhlt wurden. (2 Heilungen 4 und 9 Monate nach der Operation.)

Taillefer (Béziers) beschreibt den Fall eines 5 jährigen Knaben mit amniotischen Einschnürungen an beiden Unterschenkeln und der rechten grossen Zebe, ausserdem Klumpfüssen und abnorme Haarimplantation. Behandlung: Autoplastik. — Heilung.

Judet (Paris). Beim angeborenen Klumpfuss ist in den ersten Lebensjahren die Behandlung der Wahl das forzierte manuelle Redressement und Gips-



verband in Ueberkorrektion. Am schwierigsten ist die Varus-equinustellung des Kalkaneus zu beseitigen. J. hat darum eine löffelförmige Zange konstruiert, die es erleichtert, den hinteren Tarsus in eine Valgusstellung zu hebeln.

Léon Bérard (Lyon). Die Plombierung der durch Resektion entstandenen Knochen- und Gelenkhöhlen nach Mosetig hat in Frankreich wenig Anhänger gefunden. Seitdem aber die Plombierungsmasse erst 48 Stunden nach der Resektion in die Höhle gegossen wird, sind die Erfolge bezüglich Schnelligkeit, Einfachheit des Verbandes und der Nachbehandlung und geringer Eiterung sehr gute geworden. Auch die Deformierungen und Verkürzungen sind gering, die Gelenkbewegung ist grösser. (30 Beobachtungen von Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Fuss.)

Redard (Paris) hält das Jodoformöl (das er meist anwendet) bei der konservativen Behandlung der tuberkulösen Knochen und Gelenkentzündungen für ein wertvolles Hilfsmittel. Namentlich bei den synovialen Formen der Tuberkulose hat die Methode Erfolg. Resultate: 80% Heilungen für das Knie, 60% für Ellenbogen und Handgelenk. Auch für die Coxitis sind die Injektionen zu empfehlen, namentlich in frischen Fällen. Allerdings sind sie — wie die konservative Behandlung überhaupt — besonders wirksam bei Kindern unter 15 Jahren.

Tilanus (Amsterdam) spricht über die pathologischen Luxationen der Hüfte, die nach Typhus, Scharlach, Rheumatismus, Gonorrhoe zustande kommen können. Man kann einige Monate nach der Erkrankung die Reposition vorsichtig versuchen, muss aber immer daran denken, dass eine neue Entzündungsgefahr droht. — Gelingt die Reposition nicht, muss man die Femurkopfdekapitation oder die Osteotomie machen.

Calot (Berek s. m.) berichtet über die guten Erfolge der Injektion mit Naphtholkampher u. s. w. bei frischer Coxitis. Die Einschmelzung und damit die schwere Zerstörung des Hüftgelenks wird vermieden, so dass derartig behandelte Patienten fast alle ohne Hinken laufen.

Froelich ist überrascht von Calot's Optimismus, der sich von der Ansicht aller anderen Chirurgen so gründlich unterscheidet, und fragt, ob nicht Irrtümer in der Diagnose vorliegen. Bei einer richtigen tuberkulösen Coxitis braucht er 2—3 Jahre zur Heilung und hat dann fast immer eine Ankylose, ja, er kann sagen, je früher diese eintritt, um so schneller ist die Hüfte geheilt. Dann kennt er aber auch eine paraartikuläre Karies des Trochanter und Femur, die mit voller Beweglichkeit ausheilt. Ferner sind ihm Fälle von Hüftgelenkschmerzen bekannt, die nach einigen Wochen von selbst verschwanden. Früher hat er diese auch als Coxitis mit Gipsverband u. s. w. behandelt und glaubte sie in ein paar Monaten geheilt zu haben. Hier handelt es sich aber gar nicht um Tuberkel, sondern wahrscheinlich um tuberkulöse, syphilitische oder sonst infektiöse Toxine.

Menclère (Reims) berichtet über die Technik seiner Behandlung bei Coxitis und Tumor albus, die namentlich bezweckt, die Beweglichkeit der Gelenke zu erhalten. Er wendet intra- und extraartikuläre Injektionen in fraktionierten Dosen bei frischen Tuberkulosen an. Knochenheerde behandelt er mit der „Phenopunktur" (Karbolsäure). Kinematographische Bilder zeigen die Motilität an geheilten Fällen. Ausser den Injektionen werden Apparate gegeben, die die Gelenke zunächst völlig fixieren, dann aber ihnen einige Bewegungen erlauben, die auch vorsichtig passiv manuell oder medico-mechanisch vorgenommen werden.

Vignard (Lyon) spricht über die systematische Auskratzung des Femurkopfes und Halses und die Plombierung nach Mosetig.

Nimmt die Einschmelzung trotz Fixation u. s. w. zu, wird der Allgemeinzustand ausserdem schlechter, bilden sich Abszesse, so ist von einer konservativen Behandlung nichts mehr zu erwarten, es kommt höchstens zur Ankylose mit 4—7 cm. Verkürzung. V. rät in solchen Fällen, Kopf und Hals sowie Pfanne unter möglichster Schonung des Daches derselben auszukratzen mit Gaze, die in Wasserstoffsuperoxyd getränkt ist, zu tamponieren und nach 2—3 Tagen die Coxofemorale Wundhöhle mit der Jodoformplombe zu füllen. Doppelte Naht, grosser Gipsverband. Die Wunde ist — unter seltenem Verbandwechsel — in 4—6 Monaten geheilt, nach 10—12 Monaten kann Pat. mit Entlastungsapparat, manchmal auch schon ohne, gehen. Peinlichste Asepsis ist für das Gelingen Vorbedingung, deswegen operiert V. bei Fisteln nicht nach dieser Methode. In 14 von 19 Fällen, die er so behandelt hat, hat er in 12 Monaten komplete Heilung mit befriedigenden Resultaten erhalten. Die Verkürzung betrug nie mehr als 3,5 cm, die Beweglichkeit war immer genügend.

P. Le Damany (Rennes): Die angeborene Hüftverrenkung hat als Hauptursache eine starke Torsion des Femur, eine rationelle Behandlung hat also vor allem für eine Detorsion des Knochens zu sorgen. Die klinischen Fälle zeigen die Ueberlegenheit seiner Methode vor der Fixation im Gipsverband.

Ewald-Hamburg.

---

64) **Nélaton.** Académie de médecine de Paris.
2. XI. 09. Gazette des hôp. 1909. Nr. 125.

N. teilt 2 Fälle von Osteomyelitis mit, deren Knochenladen er mit Muskulatur aus der Umgebung angefüllt hat. Er zieht dies einfache Verfahren der Knochen-Periostpfropfung und der Plombierung vor, weil man bei der Osteomyelitis einer absoluten Asepsis der Knochenhöhle nicht sicher sein kann. **Ewald**-Hamburg.

65) **Heintze.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 16. VI. 09.
Berlin. klin. Woch. 1909. 29.

Osteomyelitische Schaftnekrosen.

Bei einem 15 jährigen Schüler musste wegen Osteomyelitis der zwischen beiden Epiphysen gelöste Radiusschaft entfernt werden. 6 Wochen später zeigte das Röntgenbild bereits mächtige Knochenneubildung. Jetzt ist der Arm bis auf eine leichte Supinationsbehinderung völlig gebrauchsfähig. — In 2 weiteren Fällen handelte es sich um Totalnekrosen des Humerusschaftes.

Ewald-Hamburg.

66) **Rippert.** Niederreinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn.
24. V. 1990.
Deutsche med. Woch. 1909. 46.

Nekrose des Knochens nach Erfrieren.

Wenn man Extremitäten von Tieren 10 Minuten bei künstlicher Blutleere in eine Kältemischung taucht, so werden die Beine zwar nach einigen

Tagen wieder wie sonst gebraucht, die Knochensubstanz wird aber nekrotisch! Am Leben bleibt der Knorpel, das Periost und Knochenmark. Der tote Knochen wird aber nicht sequestriert, sondern wird vom Mark und Periost aus mit einer dünnen Schicht neuer Knochensubstanz bekleidet. Resorptionsvorgänge konnten auch nach 2½ Monaten nicht wahrgenommen werden.

Ewald-Hamburg.

67) **Zondek.** Berliner mediz. Gesellschaft. 25. VI. 09.

Berlin. klin. Woch. 1909. 28.

Zur Lehre von der Struktur des Knochenkallus.

Vortr. hat Unterschenkel von Mäusen frakturiert und die Frakturstellen nach verschiedenen zeitlichen Intervallen untersucht. (Serienschnitte nach Entkalkung der Knochen.) Bei einer 6 Tage alten Fraktur fand er zwischen den Bruchenden und um die Bruchstelle herum zellreiches rotes Gewebe (Bildungsgewebe), dem Frakturfragment näher gelegen Knorpelgewebe und noch weiter distalwärts osteoides Gewebe. Ein Unterschied besteht auf den beiden Seiten der Fraktur: auf der konkaven (der Druckseite) ist mehr osteoides Gewebe vorhanden als auf der konvexen, der Zugseite. Die Knorpelschicht am oberen Bruchende ist wesentlich kleiner als am unteren, und auf der konvexen Seite geringer ausgebildet. — In weiteren Stadien der Entwicklung werden die Knorpelherde immer kleiner, bis sie nur noch an den Berührungsstellen der Kallusmassen als Knorpelreste in den osteoiden Bälkchen restieren. — Demonstration des Verlaufs der osteoiden Bälkchen, ihrer rechtwinkligen Kreuzung usw. Nach einem Hinweis auf den parostalen Kallus, auf die Beziehungen der posttraumatischen Entzündung zu den regenerativen Vorgängen im Knochenkallus hebt der Vortr. hervor, dass die frühe und die exakte Adaptierung der Frakturenden die beste Gewähr sei für eine gute und schnelle Heilung. Früher hat man geglaubt dass ein grosser Kallus ein Beweis für die gute Adaption der Fragmente ist, das Gegenteil ist aber der Fall: je besser die Fragmente aneinandergelagert sind, desto kleiner der Kallus.

In der Diskussion bemerkt Orth, dass in einem von ihm untersuchten Fall der parostale Kallus nicht vom Periost und Periostzellen abstammte, sondern von dem Bindegewebe, das zwischen Fett und Muskulatur vorhanden gewesen ist. Es ist nicht nur Knochen, sondern auch Knorpel neugebildet worden. (Metaplasie!). Diese Metaplasie wurde von einigen Pathologen, namentlich Ribbert, lebhaft bestritten, er hielt die Knochenneubildungen für Abkömmlinge von periostalen Elementen, auch wenn sie sich in einiger Entfernung vom Knochen gebildet hatten. Neuerdings gibt auch Ribbert die Metaplasie von der Grundsubstanz zu: aus Bindegewebe kann Knochen entstehen.

Ewald-Hamburg.

68) **Heintze.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 14. VI. 09.

Berlin. klin. Woch. 1909. 29.

Operative Korrektion difform geheilter Knochenbrüche.

Die Indikation zum blutigen Eingriff ist eine beschränkte. Bei Kindern können recht erhebliche Difformitäten mit der Zeit ausgeglichen werden, auch



bei Erwachsenen kann man im Laufe der Zeit noch eine erhebliche Besserung der Funktion erwarten. Bei stärkerer Winkelstellung der Fragmente (namentlich bei supramalleolären Frakturen), bei starken Verschiebungen der Fragmente, wo eine feste Konsolidation nicht zustande kommt, bei verzögerter Kallusbildung, bei Reizerscheinungen der Nerven ist eine Operation indiziert. H. hat in den letzten 6 Jahren bei 150 Unfallverletzten ausser 8 unblutigen Redressements 29 mal die operative Korrektion ausgeführt. Er stellt 5 Fälle (4 Unter-, 1 Oberschenkelbruch) vor, bei denen die Fragmente einfach reseziert wurden, um dann in richtiger Stellung in Gips oder Extensionsverband fixiert zu werden. Immer mit vollem Erfolg. Eine Knochenvereinigung hält H. nicht für nötig, dagegen einen möglichst dichten Schluss der Operationswunde mittelst Etagennähten.

Ludloff hat durch eingeschraubte Metallschienen 2 Oberschenkelfrakturen anatomisch und funktionell geradezu ideal geheilt. Die Schienen liegen seit einem Jahr unverändert und haben niemals eine Fistel veranlasst. — Zehn mal hat er beide Vorderarmknochen blutig vereinigt, entweder mit Schienen oder mit Draht oder mit beiden. Trotz exakter Adaption und ungestörter Heilung (nur einige Male Fistelbildung), trotz Fixation des Vorderarms in halber Supination, trotz aller möglichen Behandlung trat immer die Neigung zur Pronation und zur Konkavitätsbildung der Beugeseite des Unterarms auf. In allen Fällen liess die Konsolidierung Monate lang ja bis zu einem Jahr auf sich warten; auch in einem Fall, der schon 5 Tage nach dem Unfall operiert wurde, zeigte sich dieser Mangel an Kallusbildung. In mehreren Fällen bildete sich auch ein Brückenkallus aus, wie es nach dem Röntgenbild schien, vom Lig. interosseum seinen Ursprung nehmend. — Von den Extensionsverbänden hat er eine gute Wirkung erfahren, besonders wenn vorher in Narkose gut reponiert worden ist. Einen grossen Fortschritt erhofft L. von der Nagelextension, namentich für Frakturen im unteren Femurdrittel. **Ewald**-Hamburg.

69) **Hirschberg.** Aerztlicher Verein in Frankfurt a. M. 6. 9. 09.
Münch. med. Woch. 1909. 44.

Vortr. empfiehlt angelegentlich die Codivillasche Nagelextension bei Knochenbrüchen.

Leser meint einen Nachteil in der forzierten Extensionsbehandlung zu erblicken insofern, als die Gelenke (Kniegelenk!) erschlaffen könnten. Er habe vorsichtigerweise immer vor der Extension das Kniegelenk durch einen kurzen Gipsverband stabilisiert. Ausserdem soll man so kurz wie möglich stark extendieren.

Sasse sieht neben den Vorzügen doch auch einige Nachteile: nicht immer sei eine anatomisch gute Reposition möglich, dann sei der Pat. dauernd an das Bett gefesselt und drittens erfolgen nach starken Extensionen schwere Gelenkversteifungen. S. empfiehlt daher bei Dislokationen die Freilegung der Fraktur und die Schienung oder Verschraubung (Lambotte, Dépage). Damit könnten die Patienten schon nach einigen Tagen aufstehen, und die Erfolge seien sehr gut.

Hirschberg erwidert, dass der Bandapparat bei der Nagelextension nicht notleide, weil die schweren Gewichte schon nach kurzer Zeit abgenommen würden. — Gegen die Operation einer subkutanen Fraktur würden sich die meisten Patienten sträuben. **Ewald**-Hamburg.



70) **Kirschner.** Medizin. Verein in Greifswald 22. V. 09.
Deutsche med. Woch. 1909. 46.

Ein mit 8,5 cm. ausgeheilter Oberschenkelbruch wurde wieder mobilisiert und die Verkürzung mittels Steinmannscher Nagelextension (Nagel durch die Oberschenkelkondylen — 30 kg.) völlig ausgeglichen.

Eine Flötenschnabelfraktur des Unterschenkels heilte ohne Verkürzung durch Extension an einem durch Fibula und Tibia getriebenen Bohrer.

Ewald-Hamburg.

71) **Reyer.** Gesellschaft der Charitéärzte. 25. V. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. 29.

Demonstration eines geheilten Falls von schwerster Barlow'scher Krankheit (Blutungen im Knochenmark (konstant), Haut und Schleimhaut (nicht immer), hochgradige Schmerzhaftigkeit bei Berührung der Epiphysengegenden, Anämie). Das Kind ist schon einmal an Barlow'scher Krankheit erkrankt gewesen und davon genesen. Neuerdings bot es die Erscheinungen im allerhöchsten Grade, Kachexie, subperiostale Blutungen, Exophthalmus infolge Blutung in die Orbitalhöhle, Pseudoparalyse der unteren Extremitäten. Röntgenbilder zeigen, dass beide Oberschenkel von subperiostalem Blutmantel dicht umgeben waren. (Umfang der Oberschenkel war 5 cm dicker als jetzt.) R. hat in gewissen Intervallen das Kind röntgenographiert und konnte sehr gut einen Rückgang der Haematome feststellen. Ebenso natürlich die für Morbus Barlow charakteristischen Schattenbänder an der Epiphysenlinie. Die Behandlung bestand in der üblichen Weise in Darreichung von ungekochter Milch, frischen Obstsäften nnd Gemüsen. **Ewald**-Hamburg.

72) **R. Jones** (Liverpool). Jahresversammlung der britisch medical associat. zu Belfast, 29. VII. 09.
Berl. klin. Woch. 1909, 38.

Moderne Behandlungsmethoden der Gelenktuberkulose.

Der Verlauf der Tuberkulose ist beim Kind und beim Erwachsenen verschieden. Mit zunehmendem Alter verschlechtern sich die Chancen und eine Exzision wird häufiger notwendig. Diese soll bei Kindern nicht voreilig vorgenommen werden, denn sie führt oft zu einer gebrauchsunfähigen Extremität. Zur früheren Erkennung der Krankheit sind Tuberkulininjektionen empfehlenswert (Neutuberkulin 5 mgr. in die Rückenhaut), Röntgenbilder lassen im Stich. Das wichtigste früheste Symptom ist die Rigidität, die die Beweglichkeit des Gelenks nach allen Richtungen hin einschränkt.

Therapie: am wichtigsten ist frische Luft am Tag und in der Nacht. Spondylitiskranke sollen auf konvexer Unterlage liegen, erkrankte Handgelenke werden in Ueberextension, Fussgelenke in starker Dorsalflexion fixiert. Kalte Abszesse verschwinden häufig von selbst, kommen sie an die Oberfläche, so sollen sie durch eine kleine Inzision entleert werden. Die spondylitischen Lähmungen erfordern keine Operation, da sie in 97% ausheilen. Die spondylitischen Deformitäten sollen in jedem Stadium redressiert werden. — Femurosteotomien macht er zweizeitig, $^2/_3$ des Knochens wird durchtrennt, dann nach 2 Wochen, wenn die Wunde geheilt ist, wird das Femur vollends gebrochen. Vorsichtige

Tuberkulinbehandlung ist recht brauchbar, doch nur unter Kontrolle durch den opsonischen Index. — Auch die Biersche Stauung liefert manchmal gute Resultate, führt jedoch auch manchmal zur Verschlimmerung.

Sonnenburg (Berlin) berichtet über seine Erfolge mit Marmorekserum und Neutuberkulin. Die konservative Methode tritt in den Vordergrund der Behandlung. **Ewald**-Hamburg.

73) **Auerbach.** Aerztl. Verein zu Frankfurt a. M. 20. IX. 09.
Münch. med. Woch. 1909. 44.

Ueber spinale Kinderlähmung.

In Deutschland kann man eigentlich nicht von einer Epidemie, sondern nur von einem gehäuften Auftreten sprechen. Durch skandinavische (Wickmann) und amerikanische Autoren ist sicher gestellt, dass zwischen Cerebrospinalmeningitis, Encephalitis und Poliomyelitis engere aetiologische Beziehungen bestehen müssten.

Vogt. Die Erkrankung der grauen Vorderhörner ist nicht primär. Zuerst erkranken die Gefässe (Hyperämie, perivaskuläre Infiltrate, Blutungen) — die Folge davon ist erst Untergang der Ganglienzellen und Zerfall der Markscheiden. Oft findet man viel ausgebreitetere Erkrankungen der Vorderhörner, als dem klinischen Bilde entsprach.

Pfeiffer stellt ein 18 j. Mädchen mit Schlotterknie und Beinverkürzung von 30 cm. vor. Mit Hilfe eines Schienenhülsenapparates, der 25 cm. unter seiner Fussplatte noch einen künstlichen Fuss besitzt, geht sie frei und ohne Stock einher.

Rehn meint, man solle nicht, wie Wickmann das getan habe, das alte typische Bild der Kinderlähmung verwischen.

Neisser betont, dass bakteriologisch die Aetiologie der Poliomyelitis noch völlig dunkel sei. Gerade die besten Bakteriologen hätten nichts gefunden.

Simrock teilt mit, dass an der Bonner Klinik in der Lumbalflüssigkeit Diplostreptokokken gefunden wurden.

Zur Frage der Therapie bemerkt Laquer, dass man durch zu lange elektrische und Massagebehandlung nicht die orthopädisch-chirurgischen Eingriffe verzögern dürfe, die bei Kinderlähmung ausserordentliches leisteten.

Pfeiffer bespricht die verschiedenen Behandlungsmethoden der paralytischen Schlottergelenke (Arthrodese-Schienenhülsenapparate) und Kontrakturen (Redressement und Apparate mit Zugvorrichtungen oder Sehnentransplantationen, die bei passender Auswahl, sicherer Technik und sorgfältiger Nachbehandlung) Ausgezeichnetes leisten. Selbst Patienten mit totaler Lähmung könnten wieder zur selbstständigen Fortbewegung gebracht werden.

Mainzer verfügt über 2 Fälle, bei denen die spinale Kinderlähmung sich an einen gut beobachteten Typhus anschloss. — Die Prognose ist besser, als man früher annahm. Er beobachtete 12 Kinder mit leichten Skoliosen, die durch eine geringe (1—1,5 cm.) Verkürzung eines Beins bedingt war, genaue Nachforschung ergab, dass das jetzt gleichmässig atrophische Bein vor Jahren einmal kurze Zeit nachgeschleppt wurde, nachdem die Kinder einige Tage krank gewesen waren. Hier handelte es sich offenbar um leichteste Formen der Poliomyelitis. Bezüglich der Therapie betont M. die Notwendigkeit frühzeitiger Apparatbehandlung, die in schwersten Fällen mit der Arthrodese konkurriert

und die der Lähmung entronnenen Muskelreste vor einer Inaktivitätsatrophie bewahrt. (Gefahr der Ueberdehnung durch Wirkung der Antagonisten.) Auch für die später vorzunehmende Sehnentransplantation hat die Inaktivitätsatrophie der Muskelreste grosse Bedeutung: man sieht bei der Operation neben den dunkelroten (gesunden) und den gelben (gelähmten) blassrot gefärbte, also teilweis erhaltene Muskelpartien, die vor der Operation weder eine Funktion noch eine elektrische Erregbarkeit erkennen liessen. Ueberpflanzt man auf diese Muskeln kräftigere, so beobachtet man häufig, dass die vorher funktionsuntüchtigen Muskeln sich wieder kontrahieren. — Schliesslich verweist M. noch auf die Tenodese, die in manchen Fällen die Arthrodese ersetzen kann.

Ewald-Hamburg.

74) **Mendel.** Aerztl. Verein zu Essen-Ruhr 18. 5. 09.
Berlin. klin. Woch. 1909. 35.

Die Fibrolysinbehandlung und ihre Erfolge.

Aus der in- und ausländischen Literatur ist über viele Erfolge berichtet bei Hautnarben, Sehnenverwachsungen. (Dupuytrensche Kontraktur), Gelenksteifigkeiten, chronischen Gelenkerkrankungen, sowie auch bei inneren Verwachsungen und Strikturenbildungen. Ferner sind gute Resultate erzielt worden bei Tabes, Neuritis, Myositis ossificans. Die Anwendung geschieht immer intramuskulär, die Zahl der Injektionen beträgt 5—50. Da die Wirkung nur eine vorübergehende ist (Auflockerung der Gewebe), so muss die Behandlung durch hydriatische und mechanische Massnahmen unterstützt werden.

Levy hat in einem Fall von traumatischer Sehnenerkrankung schon nach wenigen Einspritzungen einen eklatanten Erfolg gesehen, in einem Fall von Dupuytrenscher Kontraktur hat die Methode völlig versagt.

Die verschiedenen Diskussionsredner berichten über Erfolge und Misserfolge. Blumenfeld und Dövenspeck wünschen von Mendel die Vorstellung eines Falls vor und nach der Behandlung.

Mendel fordert konsequente Durchführung der Behandlung, manchmal sei erst nach der 30. Injektion ein Erfolg zu beobachten.

Ewald-Hamburg.

75) **Goldmann.** Oberrheinischer Ärztetag. 15. VII. 09.
Münch. med. Woch. 1909. 45.

Über die chirurgische Behandlung der Spondylitis tuberculosa.

Da der primäre Herd sich im Wirbelkörper entwickelt, und zwar entsprechend der Ausbreitung der Endäste der Knochengefässe (Lexer) in seiner vorderen Hälfte, so geschieht der Durchbruch in der Regel praevertebral. Die Chirurgen beschränken sich auf die Behandlung des Abscesses und der Lähmung. Bezgl. letzterer hat Ménard gefunden, dass die Knochendifformität allein eine Kompression des Markes nicht veranlasst. Aber auch die Pachymeningitis externa ist nicht die häufigste Ursache der Lähmung. Daher ist auch die Mehrzahl der Chirurgen wegen der schlechten Dauererfolge von der Laminektomie zurückgekommen. Nach Ménard ist der spondylitische Abscess für die Entstehung der Lähmung verantwortlich. (In 96 % der Fälle soll sich ein Abscess bilden, ganz besonders auch bei der Spondylitis dorsalis, und in 84 % der Lähmungen handelte es sich um Spondylitis dorsalis.) Ferner wurde häufig die



Beobachtung gemacht, dass nach künstlicher oder spontaner Eröffnung des Abscesses eine Lähmung ausbleibt oder sich zurückentwickelt.

Bei der Spondylitis dorsalis bleibt der Abscess in Form eines Schwalbennestes im hinteren Mediastinum liegen und steht unter dem Druck der atmenden Lunge. Sobald der Wirbelkörper erweicht, treibt der Abscess einen Fortsatz nach dem Rückenmarkskanal und veranlasst die Lähmung.

Daher muss es durchaus rationell erscheinen, wenn Ménard für die Eröffnung und Drainage des Abscesses bei Lähmung plädiert. Diese Eröffnung des hinteren Mediastinums besteht in der sog. Costo-Transversektomie (von Ménard und Wassilief mit Erfolg ausgeführt). G. hat die Operation dreimal vorgenommen, zweimal heilte die Wunde und verschwand die Lähmung in kurzer Zeit, einmal war der Erfolg nur ein vorübergehender, da noch Lungen- und Pleuraveränderungen vorlagen.

Eine genaue Diagnose (Röntgenuntersuchung) muss der Operation vorhergehen. Das Röntgenbild zeigt das Vorhandensein eines Abscesses, seine Beziehungen zum erkrankten Knochen, seine Lage. Wenn durch konservative Massnahmen kein Rückgang der Lähmung erreicht wird, hält G. die chirurgische Therapie für angezeigt. Die angeblichen Nachteile (Pleuraverletzung, zurückbleibende Fistelbildung) kommen bei der Schwere der Krankheit kaum in Betracht, eine Fistel blieb oft garnicht zurück. — Auch nach 12 Jahre lang bestehender Lähmung hat Ménard noch sofortige Rückbildung nach Abszessdrainage erzielt. **Ewald**-Hamburg.

76) **Conteaud.** Société de médecine militaire française 7. X. 09.
Gazette des hôpitaux 1909. Nr. 127.

2 Fälle von recidivierender Schulterluxation. Nach horizontaler Faltung der Kapsel voller Erfolg. **Ewald**-Hamburg.

77) **K. Hirsch.** Berl. mediz. Gesellsch. 7. VII. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. 30.

Fall von Reiskörperhygrom der Schulter.

Bei einer 30jährigen Frau bildete sich vor ca. 1/2 Jahr an der rechten Schulter, resp. an der Vorderseite des rechten Oberarms eine Geschwulst, die schnell an Grösse zunahm und bei der Untersuchung orangengross war. Gleichzeitig trat in der Untergrätengrube hinten ein ähnlicher, zweimannsfaustgrosser Tumor auf. Das Schultergelenk war völlig frei. Bei der Operation entleerte sich aus dem vorderen Tumor eine grosse Menge von Reiskörperchen ohne flüssige Beimengung. Wie aus dem Zusammenfallen des hinteren Tumors hervorging, stammten die Reiskörperchen zum Teil aus diesem, so dass also der Beweis des Zusammenhanges erbracht war. Die mikroskopische Untersuchung der Tumorwand und der Corpora oryzoidea ergab Tuberkulose. Es handelte sich um eine Affektion der bursa subdeltoidea und der bursa subacromialis. **Ewald**-Hamburg.

78) **Osann.** Aerzlicher Verein in Frankfurt a. M. 6. 9. 90.
Münch. med. Woch. 1009 44.

Ein 34jähriger Arbeiter erkrankte an Schmerzhaftigkeit, Taubheitsgefühl und Kraftlosigkeit im linken Arm. Es fand sich Lähmung des Biceps, brachialis int. und coracobrachialis, ferner Anaesthesie im Gebiet des nerv. cutaneus antibrachii lat. Es lag eine isolierte Lähmung des nerv. musculo-



cutaneus vor, bedingt durch eine Neuritis (Alkoholexzesse, Bleivergiftung, Ueberanstrengung der Beugemuskulatur des Arms) Ausgang in Heilung in drei Monaten. **Ewald**-Hamburg.

79) **Ludloff.** Schlesische Gesellsch. für vaterländische Kultur zu Breslau. 2. 7. 09. Berl. klin. Woch. 1909. 32.

2 Fälle von Olecranonfrakturen; das Röntgenbild zeigt, dass ein Sprung ins Olecranon hineingeht. L. verbindet weder in gebeugter noch gestreckter Stellung, sondern in Mittelstellung. Er massiert frühzeitig, warnt aber vor zu zeitigem Beginn der medico-mechanischen Behandlung, um die Gefahr der Diastase nicht zu vergrössern. L. möchte die Fraktur als Fract. ulnae fossae sigmoideae benannt wissen. **Ewald**-Hamburg.

80) **Ludloff.** Schles. Gesellschaft für vaterländische Kultur zu Breslau 2. 7. 09, Berl. klin. Woch. 1909 32.

Demonstration eines Falles von Ellenbogentuberkulose, der nach vergeblicher konservativer Behandlung nach Lewin (Berlin) reseziert wurde: Bei der Aufklappung des Gelenks von hinten bekommt man in der Tat einen grossen Zugang. **Ewald**-Hamburg.

81) **Heymann.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 8. 3. 1909. Deutsche med. Woch. 1909. 35.

Wegen chronischer Osteomyelitis wurde eine Kranke innerhalb 9 Jahren fast an allen langen Extremitätenknochen operiert. Nach einer Sequestrotomie an der Ulna, die 1905 unter Esmarchscher Blutleere vorgenommen wurde, und nach dem darauffolgenden Pappschienenverband bildete sich innerhalb dreier Jahre ischämische Kontraktur (Streckunmöglichkeit der Finger) heraus. Da Bäder und Elektrizität versagten, nahm H. eine Kontinuitätsresektion der Ulna und des Radius vor, die trotz langwieriger Heilung zu einem guten funktionellen Resultat führte. **Ewald**-Hamburg.

82) **Stein.** Verein der Aerzte zu Wiesbaden 7. IV, 09. Berlin. klin. Woch. 1909. 34.

27 jähriger Mann, dem er vor 3½ Monaten wegen subkutaner Zerreissung und starker Retraktion der Extensorensehne des 4. linken Fingers eine künstliche Sehne aus sechs 4 cm. langen Seidenfäden hergestellt hat. Alle Bewegungen sind aktiv normal ausführbar, der Nagel blieb erhalten; einer der Seidenfäden hat sich nach 6 Wochen ausgestossen.

Ewald-Hamburg.

83) **Ossig.** Breslauer chirurgische Gesellschaft 16. VI. 09. Berlin. klin. Woch. 1909. 29.

O. berichtet über seltenere Handwurzelverletzungen, 5 Fälle von Verletzungen des os triquetrum, Frakturen oder Luxationen. Letztere sind nur einwandfrei auf seitlichen Röntgenbildern zu sehen, bei dorsovolaren Aufnahmen sind sie für den, der sie schon gesehen hat, an geringen Formunterschieden kenntlich. Die Luxation geschieht dorsalwärts. Gutes funktionelles Resultat. Die Luxation erscheint dem Vortr. als typische Verletzung.

Ewald-Hamburg.



84) **Goebel.** Breslauer chir Gesellschaft 12. VII. 09.
Berlin. klin. Woch. 1909. 36.

Vorstellung 2 er Fälle von schnellendem Finger.

1. bei einer 50 jährigen Frau erkrankte vor ca. 1 Jahre spontan der rechte Mittelfinger, dann der rechte Ringfinger, nach $^1/_2$ Jahr auch der linke. Die schnellende Bewegung tritt bei Beugung und Streckung im 1. Fingergelenk ein. Man fühlt mehr oder weniger deutlich eine knotige Verdickung, die etwa dem zentralen Ende der Fingersehnenscheide .entspricht. Bewegungsstörungen und Steifigkeit. Primär handelt es sich anscheinend um eine entzündliche Veränderung an der Sehnenscheide. Ob auch an der Sehne Veränderungen vorhanden sind, ist nicht zu entscheiden. Eine 8 wöchige Heissluftbehandlung brachte geringe subjektive Besserung.

2. Frau hat linken Daumen am Waschfass gestossen und kann seitdem nicht mehr das gebeugte Endglied aktiv grade richten. Röntgenbild ergab Zertrümmerung des Sesambeins an der Volarseite des Daumenzwischengelenks Nach einiger Zeit veränderte sich das Bild, insofern die Beugung jetzt stark beschränkt und das Schnellen nicht mehr auszulösen war.

Ewald-Hamburg.

85) **Carl Springer.** Wissensch. Gesellsch. Deutscher Aerzte in Böhmen. 26 2. 09.
Deutsch. med. Woch. 1909. 34.

Coxa valga congenita.

Bei dem 5 jährigen Patienten besteht ein Gang, der dem bei angeborener Hüftluxation ähnlich ist Die Röntgenaufnahme ergab Schenkelhalswinkel von 160° in Normalstellung des Beines, von 141° in Innenrotation. Also Anteversion des Schenkelhalses. Ausserdem Pfannen flach, Pfannendach steil, Darmbein ohne Schwingung nach aussen; im Ganzen das Bild, wie man es bei der Hüftverrenkung gewohnt ist. Vielleicht stehen Coxa valga und Luxatio coxae auch ihrer Entstehung nach einander nahe (Drehmann, Preiser).

Ewald-Hamburg.

86) **R. Levy.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 14. VI. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. 29.

Ein 27 jähriger Arbeiter bemerkte seit seinem 17. Jahre, dass das rechte Bein länger wurde. Vor einem halben Jahr traten auch Schmerzen in der Leistengegend auf, das Hüftgelenk wurde total steif. Adduktions- und Flexionskontraktur, Aussenrotation, Trochanter unter der Roser-Nélatonlinie, r. Bein 2 cm. länger. Diagnose: Coxa valga adolescentium. Im Röntgenbilde sieht man ausser der Steilstellung ein starkes Hervortreten des Trochanter minor, trotzdem das Röntgenbild in Mittelstellung (Patella nach vorn) aufgenommen worden ist. Das Vorspringen des Trochanter minor ist bei der Coxa valga häufiger beobachtet (Stieda) — Demonstration eines mazerierten Präparats, aus dem ebenfalls hervorgeht, dass bei der Aufrichtung des Schenkelhalses gleichzeitig eine Verlagerung des Trochanter minor nach medial und vorn stattfindet. Auch die normale Antetorsion des oberen Femurendes ist nicht vorhanden. Aus der Tatsache, dass bei niederen Menschenrassen (Hottentotten, Australnegern) sich normaler Weise eine Coxa valga mit starker Antetorsion und normal gestelltem Trochanter minor findet, geht hervor, dass unsere Coxa valga sicherlich eine erworbene Deformität darstellt. **Ewald**-Hamburg.



87) **Hannemüller.** Schlesische Gesellsch. für vaterländische Kultur zu Breslau. 23. 7. 09.
Berlin. klin. Woch. 1909. 35.

15 jähriger Knabe mit Abreissung des Trochanter major. Konnte im Liegen das Bein nicht heben, weil Ileopsoas nicht funktionieren konnte (Ludloff). Bisher erst 3 Fälle in der Litteratur beschrieben.

Ewald-Hamburg.

88) **Katzenstein.** Berlin. mediz. Gesellsch. 7. VII. 09.
Berl klin. Woch. 1909. 30.

Einem 15 jährigen Knaben wurde wegen Femursarkom ein 13 cm. langes Schaftstück weggenommen und durch einen der Tibia entnommenen Periostknochenlappen ersetzt. Der Knochen sollte nur der Träger des Periostes sein und war darum nur 2 mm. dick. Gipsverband für 3 Monate. Wie Röntgenbilder ergeben, hat der überpflanzte Knochen an Masse ausserordentlich zugenommen. Seine Einfügung in Schaft und Kondylen ist schon nicht mehr genau zu erkennen. Demnach ist der Erfolg der plastischen Knochenoperation ein guter. Um Fraktur zu vermeiden, soll der Pat. noch einen Monat in einer Schiene laufen. **Ewald**-Hamburg.

89) **O. Wiener.** Verein deutscher Aerzte zu Prag. 1. VI. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. 38.

Ueber intraneurale Injektionen bei Ischias und anderen Neuralgien.

Die Erfolge sind günstig, wenn die Injektionsflüssigkeit direkt in den Nerven erfolgt (100 ccm. kalte Cl. Na.-lösung). Die Wirkung ist eine mechanische. Auch bei den lanzinierenden Schmerzen der Tabiker, weiter bei Cephalgien und Migräne lassen sich mit den Injektionen gute Erfolge erzielen. Nach der Injektion von 100 ccm. tritt regelmässig Fieber (bis 39,5°) auf. Nach Tieruntersuchungen ist das Fieber durch Cl. Na. bedingt. (Vergiftungserscheinung.)

Ewald-Hamburg.

90) **Dreyer.** Schles. Gesellsch. für vaterländische Kultur in Breslau. 2. 7. 90.
Berl. klin. Woch. 1909, 32.

Intermittierender Hydrops des Kniegelenks.

Ein 8 jähriger Knabe bekam alle 8—10 Wochen Schmerzen und Schwellung in einem Kniegelenk. Nach 14 tägiger Bettruhe konnte er wieder laufen. Es wurde ein bohnengrosser osteomyelitischer Herd entfernt. Wie in den meisten anderen Fällen trat völlige Heilung ein.

In der Diskussion führt Partsch den Fall einer Frau an, bei der der Hydrops ins Kniegelenk immer regelmässig mit der Periode eintrat, während der Gravidität aber ausblieb. Zuerst dauerten die Anfälle 3—4 Tage, später länger. Jodoforminjektion brachte starke Verschlimmerung, fast Versteifung. Auf Punktion und Ausspülung mit Sublimat besserte sich der Zustand, so dass Pat. wieder Touren machen kann. — Es müssen Beziehungen zwischen Kniegelenk und Genitaltraktus bestehen. **Ewald**-Hamburg.

91) **Zieler.** Würzburger Aerzteabend 9. XI. 09.
Münch. med. Woch. 1909. 47.

Bei einem 61 jährigen Gärtner bildete sich innerhalb 1½ Jahren eine



Schwellung und Versteifung des linken Kniegelenks aus, das schliesslich in halber Beugestellung fixiert war. Im Röntgenbild keine wesentliche Veränderung; diffuse syphilitische Infiltration der Gelenkkapsel. Syphilis des Kniegelenks. Jodkali und Hg. hatten den gewünschten Erfolg. **Ewald**-Hamburg.

92) **Heintze.** Breslauer chir. Gesellschaft. 16. VI. 09.
Berl. klin. Woch. 1909. 29.

Ein 41jähr. Mann hat nach einer Verstauchung des Fussgelenks schon seit $1^1/_2$ Jahren Schmerzen, Schwellung und Infiltration der Weichteile. Wassermann positiv, Talussymptome fehlen. Es handelt sich um eine chronische Fussgelenksentzündung, wobei die Aetiologie fraglich ist (Tuberkulose oder Lues?).

Ossig zeigt die Röntgenbilder des Falls, wo deutliche Zerstörung der Gelenkflächen des Talus und der Tibia, ausserdem periostale Auflagerungen vorn oben am Taluskopf sichtbar sind, aber keine eigentliche Knochenatrophie. — Hg.-Behandlung, Bettruhe, Gypsverband. Nach der Behandlung ergibt das Röntgenbild noch erheblichere Zerstörungen am Talocruralgelenk und ausserordentlich starke Knochenatrophie. Deswegen Verdacht, dass doch vielleicht Tuberkulose.

Levy meint, dass diese Knochenprozesse auch bei tabischer Arthropathie vorkommen. Eine Linie am Taluskopf im Röntgenbild ist als Fraktur anzusprechen. (Neuropathische Taluskopffraktur!) Dem Einwand, dass im Gipsverband doch keine Fraktur hätte auftreten können, begegnet er mit der Bemerkung, dass das Abnehmen des Gipsverbandes genügte, um eine Spontanfraktur herbeizuführen. **Ewald**-Hamburg.

93) **E. Heintze.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 16. VI. 09.
Berlin. klin. Woch. 1909. 29.

Bei einem 24jährigen Arbeiter, der zu Fall gekommen war, fand sich eine Luxation im Lisfranc'schen Gelenk. Das Röntgenbild zeigte Verschiebung der 5 Mittelfussknochen nach aussen um die Breite eines Mittelfussknochens und Fraktur des Capitulum ossis metatars. II. Korrektion in Narkose (am 9. Tage nach dem Unfall!) Gipsverband. Bei der Abnahme desselben Röntgenbefund wie bei der Aufnahme. Plattfussschuh, Gang gut, keine Beschwerden. **Ewald**-Hamburg.

94) **Oehlecker.** Aerztlicher Verein in Hamburg biol. Abt. 14. 12. 09.

Demonstration von Röntgenbildern eines Falls von Arthropathia pedis tabica, bei der auf beiden Seiten die Amputation nach Pirogoff ausgeführt wurde. Die Nachuntersuchung ergab nicht nur Anheilung des Kalkaneustuber an die Unterschenkelknochen, sondern auch Stillstand des Leidens, ja sogar gute Dickenzunahme der Fibula infolge vermehrter Beanspruchung durch Belastung.

Sänger hält diese Tatsache der Besserung resp. Beseitigung des krankhaften Zustandes der Knochen nach der Operation für eine wertvolle Stütze der zuerst von Charcot ausgesprochenen Ansicht, dass es sich bei den Arthropathien um eine chronische Reizung der Nerven handelt.

Krüger zeigt die Röntgenbilder von tabischer Arthropathie des Kniegelenks vor und nach der Operation. Sie zeigen, dass die ossale Heilungstendenz nach Resektion auch eine schlechte sein kann, wie dies in der Literatur



schon des Oefteren geschildert worden ist. Frakturen heilen bald gut, bald auch wieder sehr schwer, in einem Falle von Malleolarfraktur war noch nach vielen Monaten der Malleolus int. nicht angeheilt.

Andererseits sieht man dieselben günstigen Resultate wie nach der Pirogoffschen Operation bei der Grittischen Amputation, Demonstration eines Falles, wo die Patella an den Femurstumpf knöchern fixiert war.

Ewald-Hamburg.

95) **Sarrazin.** Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn 24. V. 1909.

Deutsche med. Woch. 1909. 46.

Der Kalkaneussporn stellt eine etwa vom 20. Lebensjahr ab vorkommende Exostose des Processus medialis calc. dar. Er kann nach Traumen, Rheumatismus, Gonorrhoe Beschwerden machen, aber auch ein ganzes Leben hindurch unbemerkt bleiben. Diagnose: Röntgenbild. Differentialdiagnose: Bursitis achillea profunda, Achillodynie, Fraktur des Kalkaneus, Pes planus, Tuberkulose und Osteomyelitis des Kalkaneus. — Der regelmässig unter dem Sporn sitzende Schleimbeutel ist deswegen wichtig, weil er mit dem Kalkaneussporn entfernt werden muss. Therapie: möglichst konservativ; Einlagen mit dellenförmiger Aushöhlung genügen manchmal, oft sind aber mit Luft gefüllte Fersengummikissen nötig. Auch Paraffininjektionen sind mit Erfolg versucht worden. Erst wenn alle sonstigen Mittel versagen, Resektion des Sporns und Exstirpation der Bursa. **Ewald**-Hamburg.

96) **R. Jones** (Liverpool). Jahresversammlung der britisch medical association Belfast 28. 7. 09.

Berlin. Klin. Woch. 1909. 39.

Der Klumpfuss und seine Behandlung.

Neben den Veränderungen der Knochenform und -stellung bestehen Verkürzungen der an der Fussinnenseite und der Sohle gelegenen Ligamente und Muskeln, vor allem der Plantarfascie, des Lig. calcaneo- naviculare und der Bänder am inneren Knöchel. — Die Behandlung muss in den ersten Lebenstagen beginnen; häufige Manipulationen und hierauf Fixation in überkorrigierter Stellung, was mit Bandagen zu erreichen ist. In leichteren Fällen genügt diese Methode immer. Wenn die Deformität hochgradiger ist, wird zuerst eine Tenotomie gemacht, der Fuss hierauf in gute Stellung gebracht und durch Schienen fixiert. Eingreifende Knochenoperationen sollen nur bei ganz hartnäckigen Fällen in Anwendung kommen.

Tubby (London) empfiehlt für schwere Fälle die teilweise oder vollständige Exzision des Talus.

A. Mac Lennan (Glasgow) verlängert die Achillessehne und überpflanzt den Ansatz derselben auf die Aussenseite des Fersenbeins. In manchen Fällen nimmt er die Malleolotomie vor. Ferner macht er die keilförmige Tarsektomie und zwar entfernt er einen dem Grade der Deformität entsprechenden Keil und legt diesen umgekehrt wieder in die Lücke ein.

E. Orven (London) ist Anhänger einer frühzeitigen Operation; er hat besonders mit der alten Phelpsschen Operation gute Resultate erzielt.

Ewald-Hamburg.

Einladung
zum 1. Deutschen Kongress für Krüppelfürsorge 1910.

Die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge E. V., veranstaltet
am 31. März 1910 im Plenarsitzungssaal des Preussischen Herrenhauses, Berlin W., Leipzigerstraße 3—4

den 1. Deutschen Kongress für Krüppelfürsorge.

Die Eröffnung des Kongresses wird vormittags 1/29 Uhr pünktlich erfolgen. Die Vormittags-Sitzung dauert bis 1/212 Uhr, die Nachmittags-Sitzung von 1—4 Uhr. Die medizinischen Themata sind so gelegt, dass sie in die Pause des Chirurgen-Kongresses fallen.

Der Eintritt zum Kongress ist jedem Freunde der Krüppelfürsorge gestattet gegen Lösung einer Eintrittskarte von 3 Mark, wofür dann der Bericht der Verhandlungen unentgeltlich geliefert wird. Diese Karten können schon jetzt beim Schriftführer, Herrn Dr. Biesalski, Berlin S. 59, Fontanepromenade 10, bezogen oder vor dem Sitzungssaal gelöst werden. Anmeldungen zur Teilnahme an der Diskussion oder besonderer Themata erbitte ich bis zum 1. März ebenfalls an den Schriftführer.

Die nachstehende Tagesordnung ist eine vorläufige: auf Wunsch wird die endgiltige vom Schriftführer zugesandt.

Berlin W., Wilhelmstrasse 68
den 15. Februar 1910.

Prof. Dr. **Dietrich**,
Geheimer Obermedizinalrat,
Vorsitzender für das Jahr 1910.

Vorläufige Tagesordnung.

Vormittags-Sitzung.

Eröffnungsansprache des Vorsitzenden.

Dr. Biesalski-Berlin: „Elemente der Krüppelfürsorge“.

Landesrat Vieregge-Berlin: „Staat und Krüppelfürsorge“.

Stadtrat Dr. Münsterberg-Berlin: Einleitung zu einer Besprechung über: „Die Stellung der Armenpflege zur Krüppelfürsorge, namentlich zur Handwerksausbildung der Krüppel“.

Dr. Leonh. Rosenfeld-Nürnberg: „Neue Formen der Krüppelfürsorge“.

Nachmittags-Sitzung.

Dr. Hoeftman-Königsberg: „Wieweit können orthopädische Prothesen die Erwerbsfähigkeit des Krüppels steigern?“

Prof. Dr. Vulpius-Heidelberg: „Ueber die Heilung des Krüppeltums durch operative Behandlung der Nervenkrankheiten“.

Dr. Bade-Hannover: „Die Bedeutung der Prophylaxe in der Krüppelfürsorge“.

Geschäftliches: Wahl des Kongressortes und des Vorsitzenden für 1912.

Pfarrer Ulbrich-Cracau: „Die Aufgaben der evangelischen Kirche in der Krüppelfürsorge“.

Rektor Sommer-Bigge: „Krüppelfürsorge und katholische Kirche“.

Vorschullehrer Borchert-Schöneberg: „Der Werkunterricht in seinem Wesen und seiner Bedeutung für Unterricht und Erziehung im Krüppelheim“.

Erziehungsinspektor Legel-Berlin: „Die Hilfsschule im Krüppelheim“.



Inhalt: Beitrag zur Arthrodese des Talo-cruralgelenkes. Von Prof. Dr. K. Cramer, (Originalmitteilung).

Referate: 1) **Chrysospathes**, Orthopädie in Hippokrates' Werken. — 2) **Zancarini**, Doppelseitige Coxa valga. — 3) **Fischer**, Wirkung der Muskeln. — 4) **Kroh**, Arthritis deformans. — 5) **Salamone**, Sulle artropatie sifilitiche. — 6) **Dominici**, Tuberkulöse Arthrosynovitis. — 7) **Luxembourg**, Epiphysenverletzungen. — 8) **Zuppinger**, Torsionsfraktur. — 9) **Birt**, Kindliche Frakturen. — 10) **Wildt**, Extensionsbehandlung. — 11) **Heuschen**, Extension in Entspannungslage. — 12) **Zuppinger**, Permanentextension. — 13) **Kirschner**, Nagelextension. — 14) **Anschütz**, Nagelextension. — 15) **Steinmann**, Stand der Nagelextension. — 16) **Onorato**, Verzögerung der Konsolidierung. — 17) **Freund**, Knochentuberkulose. — 18) **Frankenstein**, Knochentransplantation. — 19) **Tosatti**, Genese der Osteomalazie. — 20) **Nakayama**, Sarcom der langen Röhrenknochen. — 21) **Laccetti**, Biersche Hyperämie. — 22) **v. Haberer**, Enchondrom und Exostose. — 23) **v. Kutscha**, Ostitis deformans. — 24) **Biesalski**, Krüppeltum in Deutschland. — 25) **Rosenfeld**, Krüppelfürsorge. — 26) **Wittek**, Bandagistenkurpfuscherei. — 27) **Charnowska**, Werkstatt für Krüppel. — 28) **Steinert**, Polyneuritis syphilitica. — 29) **Andernach**, Oedème bleu. — 30) **Cramer**, Neurosen. — 31) **Buccheri**, Muskeleinpflanzung. — 32) **Förster**, Behandlung spastischer Lähmungen. — 33) **Tietze**, Förstersche Operation. — 34) **Virnicchi**, Nervennaht, — 35) **Meissner**, Lumbalanästhesien. — 36) **Riedinger**, Abrissfrakturen. — 37) **Berghausen**, Ueber Wirbelverletzungen. — 38) **Cocci**, Frakturen. — 39) **Fioravanti**, Tuberkulöse Ostitis. — 40) **Jouan**, Fixierte Torticollis. — 41) **Landwehr**, Spondylarthritis ankylopoetica. — 42) **Becker**, Skoliosenpendelapparat. — 43) **Mayol**, Heilgymnastik bei Deviationen. — 44) **Chlumsky**, Skoliose. — 45) **Ritter**, Muskulärer Schiefhals. — 46) **Jürgen**, Angeborener Schulterblatthochstand. — 47) **Noferi**, Luxation des Schlüsselbeines. — 48) **Clairmont-Ehrlich**, Habituelle Schulterluxation. — 49) **Madelung**, Irreponible Schulterluxation. — 50) **Krabbel**, Primäre Radialislähmung. — 51) **Landwehr**, Condylenbrüche des Humerus. — 52) **Finsterer**, Bruch des Mondbeines. — 53) **Schultze**, Deformitäten der unteren Extremität. — 54) **Manzoni**, Osteomyelitis des Os ilei. — 55) **Fittig**, Epiphysenlösung. — 56) **Waldenström**, Tuberkulose im Schenkelhals. — 57) **Hagen**, Coxa vara adolescentium. — 58) **Glaessner**, Angeborene Hüftgelenksverrenkung. — 59) **Graf**, Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung. — 60) **Feinen**, Frakturen des Trochanter major. — 61) **Hoffmann**, Luxation der Patella. — 62) **Impallomeni**, Gelenktuberkulose der Kinder. —

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 63) **Französischer Chirurgenkongress 4.—9. Oktober 1909.** — 64) **Nélaton**, Osteomyelitis. — 65) **Heintze**, Osteomyelitische Schaftnekrosen. — 66) **Rippert**, Nekrose des Knochens nach Erfrieren. — 67) **Zondek**, Struktur des Knochenkallus. — 68) **Heintze**, Korrektion difform geheilter Knochenbrüche. — 69) **Hirschberg**, Codivilla'sche Nagelextension. — 70) **Kirschner**, Steinmann'sche Nagelextension. — 71) **Reyer**, Barlow'sche Krankheit. — 72) **Jones**, Gelenktuberkulose. — 73) **Auerbach**, Spinale Kinderlähmung. — 74) **Mendel**, Fibrolysinbehandlung. — 75) **Goldmann**, Spondylitis tuberculosa. — 76) **Couteaud**, Rezidivierende Schulterluxation. — 77) **Hirsch**, Reiskörperhygrom der Schulter. — 78) **Osann**, Isolierte Lähmung des nerv. musculo-cutaneus. — 79) **Ludloff**, Olecranonfrakturen. — 80) **Ludloff**, Ellenbogentuberkulose. 81) **Heymann**, Ischämische Kontraktur. — 82) **Stein**, Subkutane Zerreissung der Extensorensehne. — 83) **Ossig**, Handwurzelverletzungen. — 84) **Goebel**, Schnellende Finger. — 85) **Springer**, Coxa valga congenita. — 86) **Levy**, Coxa valga adolescentium. — 87) **Hannemüller**, Abreissung des Trochanter major. — 88) **Katzenstein**, Plastische Knochenoperation. — 89) **Wiener**, Intraneurale Injektionen bei Ischias. — 90) **Dreyer**, Hydrops des Kniegelenks. — 91) **Zieler**, Syphilis des Kniegelenks. — 92) **Heintze**, Chronische Fussgelenksentzündung. — 93) **Heintze**, Luxation im Lisfranc'schen Gelenk. — 94) **Oehlecker**, Arthropathia pedis tabica. — 95) **Sarrazin**, Kalkaneussporn. — 96) **Jones**, Klumpfuss und seine Behandlung.

Einladung zum I. Deutschen Kongress für Krüppelfürsorge 1910.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von **Prof. Dr. O. Vulpius** in Heidelberg.

Verlag von **S. Karger in Berlin** NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **April 1910.** **Heft 4.**

1) **Herz** (Auckland). Der Affe und die Orthopädie.

Zeitschr. für orthop. Chirurgie XXIII. Bd. 1.—2. H. S. 196.

Veranlasst durch einen Aufsatz von Böhm-Berlin über die Ursache und das Wesen der idiopathischen Deformitäten des jugendlichen Alters wendet H. sich gegen die Angabe von B., dass bei den Affen physiologisch eine Coxa vara bestände. Nach H.s Beurteilung der B.schen Zeichnungen liegt nur eine Ueberdeckung der Schenkelhälse durch den stark entwickelten Trochanter vor, die eine Coxa vara vortäuscht, während tatsächlich der Schenkelhals steil verläuft. Auch hält H. die Ansicht für falsch, dass die Entwicklung des Menschen über die anthropoiden Affen gehe, höchstens sei eine gemeinschaftliche Urform anzunehmen, von der aus sich die beiden Zweige in verschiedener Weise entwickelt haben. Eine Erklärung der idiopathischen Deformitäten durch die vergleichende Anatomie sei nicht erbracht. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

2) **Böhm** (Berlin). Probleme der Deformitätenlehre.

Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXIII. Bd. 1.—2. H. S. 204.

Im Gegensatz zu Herz hält B. an seiner Behauptung fest, dass das Femur des Affen eine Coxa vara zeige und führt als Beweis dafür die Photographien mehrerer Affenfemora an, ebenso die Bilder des unteren Femurabschnittes und des Fusses vom Gorilla, um daran die Erscheinungen der Valgität zu demonstrieren. B. weist auch die Annahme zurück, dass er behauptet habe, die Entwicklung des Menschen gehe über die Affen. Vielmehr entwickelten sich die beiden Spezies neben einander, nur variiere in manchen Fällen der Typus Mensch nach dem Typus Affe hin, was sich in der Bildung der Femora etc. zeige. Es handele sich also bei

diesen Bildungen nicht um erworbene, sondern bereits in der Anlage begründete Deformitäten, die aber erst im späteren Lebensalter zur Entwicklung kommen, wie er das für die Skoliose bereits nachgewiesen habe. Dass die in der Anlage begründeten Deformitäten erst durch mechanische Momente zur stärkeren Entwicklung kommen, sei als sicher anzunehmen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

3) **Krukenberg.** Neue Probleme zur Behandlung der Belastungsdeformitäten.

Arch. f. kl. Chir. Bd. 90. 4. H. p. 913.

Von dem Satze: „Bei jeder Deformität verschiebt sich die Schwerlinie in einer Weise, welche das weitere Vorschreiten der Verkrümmung begünstigen muss", ausgehend, hat Kr. als Prinzip seiner Behandlungsmethode das Bestreben aufgestellt, die falsche Richtung der Schwerkraft zu beseitigen. Die Unterstützungsfläche muss in die Richtung gebracht werden, dass die Schwerlinie sie dann in der gewünschten Richtung schneidet. Bei den Deformitäten der unteren Extremität lässt sich das in einfacher Weise erreichen durch schiefe Ebenen, sodass durch die Körperlast dann ein Druck im Sinne der gewünschten Korrektur hervorgerufen wird. — Für den Fuss sind die Belastungsverhältnisse dann am günstigsten, wenn er nach vorn oder hinten geneigt ist und gleichzeitig die Körperlast nach vorn oder hinten von der Mitte geworfen wird. Dies erreicht Kr. durch eine unter der Mitte des Fusses schräg gestellte Schraube, durch die der Fuss gezwungen wird, bei gleichzeitiger Belastung des Vorderfusses, die Fussspitze zu senken oder den Hacken zu senken und die Körperlast nach hinten zu verlegen. — Für die Behandlung der Scoliosen macht Verf. zunächst auf die grosse Bedeutung des Musc. psoas in der Statik der Wirbelsäule aufmerksam. Dann gibt er einen Apparat an, bei dem die bei Scoliosen als Seitenzug wirkende schädliche Komponente der Schwerkraft durch einen Seitenzug in entgegengesetzter Richtung kompensiert und gleichzeitig die Stelle der stärksten Ausbiegung der Wirbelsäule so fixiert wird, dass der darüber liegende Teil über ihr als Hypomochlion gestreckt werden kann. Die Einzelheiten der Apparate müssen im Original nachgesehen werden. **Baisch**-Heidelberg.

4) **Otto Ehringhaus.** Ueber Hyperdaktylie mit Syndaktylie. (Mit 2 Abbildg.) (Charité — Annalen. XXXIII. Jahrg.)

Beschreibung eines Falles, bei dem beide Hände und Füsse an der Deformität beteiligt sind. Verf. betont die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung für derartige Missbildungen, die oft erst die genaue Diagnose



ermöglicht und die entsprechenden chirurgischen Eingriffe gestattet. Einteilung in verdeckte und offene syndaktyle Hyperdaktylie. Zusammenfassung: Die syndaktyle Hyperdaktylie tritt meist symmetrisch an den Extremitäten auf, hat bestimmte Prädilektionsstellen und ist exquisit vererblich.

Natzler-Heidelberg.

5) **Barfurth.** Ueber Hyperdaktylie. (Diss. 1909. Rostock.)

B. gibt in der vorliegenden Arbeit einen kurzen Ueberblick über den augenblicklichen Stand der Hyperdaktyliefrage, ohne etwas Neues zu bringen und fügt der Arbeit einen Stammbaum einer in Hamburg ansässigen hyperdaktylen Familie bei, der die Ausdehnung dieser Missbildung im Bereich der Familie treffend veranschaulicht.

Blencke-Magdeburg.

6) **Eugen Bibergeil.** Zur Kasuistik des angeborenen partiellen Riesenwuchses. (Mit 5 Abbildg.) (Charité-Annalen. XXXIII. Jahrg.)

Verf. hat 5 Fälle beobachtet, bei denen zweimal der linke Zeige- und Mittelfinger, dreimal die rechte untere Extremität beteiligt war. Besprechung der hereditären Einflüsse, der Verteilung auf Geschlecht und einzelne Körperhälften. Verschiedene Formen des angeborenen partiellen Riesenwuchses, Aetiologie (embryonale, nervöse und mechanische Theorie) und Pathologie.

Natzler-Heidelberg.

7) **Marcus.** Die Krüppelfürsorge in der Schule. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1909. 18.)

Die Hauptgesichtspunkte für die Krüppelfürsorge in der Schule sind nach M.:

1. Die Krüppelfürsorge wendet mit Recht ihr Hauptaugenmass den Kindern während des schulpflichtigen Alters zu, da gerade während der Schulzeit die häufigsten Deformitäten, die zu hohen Graden der Verkrüppelung führen können — die Verkrümmungen der Wirbelsäule — aufzutreten oder eine Verschlimmerung zu erfahren pflegen.

2. Die Krüppelfürsorge hat zu bestehen in einer sachlichen, die im allgemeinen mit der Schulhygiene identisch ist, und in einer körperlichen, sich mit dem Kinde selber beschäftigenden.

3. Die körperliche Fürsorge hat die Aufgabe, Kinder mit schon bestehenden Deformitäten einer zweckentsprechenden Behandlung zuzuführen und die Entstehung bezw. Verschlimmerung einer Deformität nach Kräften zu verhüten.

4. Die Schulleitung und der Schularzt gemeinsam sind berufen und in der Lage, für die Ausführung der notwendigen Massregeln zu sorgen.

Blencke-Magdeburg.



8) **Franz König** (Berlin). Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland. Berl. klin. Woch. 1909. 31.

Kurze Zusammenstellung der Momente, aus denen sich die Notwendigkeit einer Krüppelzählung ergeben hat: zu der Betätigung der Geistlichen kam nacheinander die der Lehrer, der Handwerkslehrer und der Aerzte. Kritik der Biesalskischen Arbeit („Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums usw.“). Die Definition, die Biesalski für den Begriff „Krüppel“ gibt, erscheint K. nicht einwandfrei. Vor allem aber hält er die Zahl der gezählten Krüppel (98263) für viel zu hoch gegriffen und führt diesen Fehler in der Zählung auf die Auswahl der Kranken, die als Krüppel angesehen werden sollen, zurück. Viele Erkrankungen wie Knochentuberkulose, rachitische Verkrümmungen, Polydaktylie, Syndaktylie, X- und O-bein, Klumpfuss, Plattfuss, Kinderlähmung usw. (etwa 40000 Kranke) seien nicht dem Krüppeltum zuzurechnen, sondern müssten nur ärztlich behandelt werden. Es missfällt K., dass anscheinend die Orthopäden das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, die Krüppel erst ernsthaft behandelt zu haben, und weiter das Recht in Anspruch nehmen, obengenannte Krankheiten in Zukunft zu behandeln. Er sagt dagegen: „Die Behandlung der Mehrzahl dieser Kranken fällt der Chirurgie anheim, und die Orthopädie muss vielfach bei ihrer Behandlung helfen“. Die Chirurgen hätten auch früher ihr besonderes Interesse der Extremitätenchirurgie zugewandt, und den Orthopäden habe erst Hessing den Weg gewiesen. Dann hätten allerdings in der „Richtung der Mechanotherapie die orthopädisch arbeitenden Chirurgen zum Teil Gutes und Neues geschaffen“, was dann auch von den Chirurgen übernommen worden sei. Wenn die Intentionen von Biesalski in die Wirklichkeit umgesetzt würden, dann würde den chirurgischen Krankenhäusern und Kliniken der grösste Teil der Extremitätenerkrankungen und -verletzungen entzogen werden, was insbesondere für den angehenden praktischen Arzt und Chirurgen eine schwere Schädigung bedeuten würde. Das Recht „Extremitätenkrüppel“ zu behandeln, nimmt K. durchaus für den Chirurgen in Anspruch.

Ewald-Hamburg.

9) **Biesalski** (Berlin). Chirurgie und Krüppelfürsorge. Berlin. klin. Woch. 1909. 34.

Erwiderung auf Königs Arbeit. (s. vorstehendes Referat!) K. hat verschiedene Erkrankungen und Missbildungen als nicht für die Zählung verwendbar gekennzeichnet: B. fragt, ob denn Pat. mit



Folgezuständen und schweren Formen z. B. der Tuberkulose, der Rachitis, der Kinderlähmung nicht zu den Krüppeln zu rechnen seien. B. verteidigt und erklärt seine bekannte Definition des Begriffs „Krüppel", bei dem das soziale Moment, — die soziale Not einerseits und die durch die Krüppelfürsorge ev. gewährleistete soziale Selbständigkeit andrerseits berücksichtigt sei. — Ein grosser Teil (gegen 20000) ist nicht unbedingt auf Heimpflege angewiesen, fällt also ohne weiteres der Pflege und Behandlung durch die chirurgischen Abteilungen anheim; von den anderen 20000 ist ein grosser Teil schon in den Kliniken fertig behandelt und bedarf im Krüppelheim nur der Erziehung und des Handwerksunterrichts. Ein anderer Teil aber muss während der langen Krankheitsdauer nebenher Schulunterricht geniessen und später im Handwerk unterwiesen werden, eine Aufgabe, die die chirurgische Klinik gar nicht übernehmen kann. Die Verbindung von Klinik und Schule unter einem Dach ist eben moderne Krüppelfürsorge.

Bei einem letzten Teil von 20000 Gezählten wird das an sich nicht schwere chirurgische Leiden durch eine andere Krankheit (Blind-, Taubheit, Schwachsinn) kompliciert oder die Kinder müssen im Krüppelheim Aufnahme finden wegen elender häuslicher Verhältnisse.

Der Streit um die Krüppelversorgung ist aber darum schon hinfällig, weil von 98000 Krüppeln vorläufig nur 3371 in den 39 Krüppelheimen Aufnahme finden können. Die chirurgischen Abteilungen oder gar die Kliniken werden also nicht geschädigt und das um so weniger, als die Krüppelkinder zur Extremitätenchirurgie nur einen ganz geringen Bruchteil stellen. Im übrigen ist eine Scheidung zwischen chirurgischen (blutig zu behandelnden) und orthopädischen Krüppeln nicht möglich und ein Beharren auf dem einseitigen Standpunkt führt zu unfruchtbaren Streitigkeiten.

Tatsache ist, dass neben glänzenden Ausnahmen wie König, Schede, Mikulicz, Kümmell u. a. von anderen Chirurgen die Orthopädie zeitweilig recht stiefmütterlich behandelt wurde. Sie hat sich selbständig weitergebildet und sich in der Krüppelfürsorge ein erfolgversprechendes Arbeitsfeld geschaffen. Dadurch wird dem Heilen ein soziales Moment hinzugefügt, und die moderne Krüppelfürsorge kann nur von diesem Standpunkt aus richtig bewertet werden.

In einem Nachwort bemerkt König kurz, dass er in keine Polemik eintreten wolle, dass er aber nichts von seinen Bemerkungen zurücknehme, sondern sie nach wie vor für zutreffend halte.

Ewald-Hamburg.



10) v. **Baeyer** (München). Fremdkörper im Organismus. Das Verhalten von metallisch verbundenen Zink-Kupferstückchen im Gewebe.
Münch. med. Woch. 1909. 47.

Das Kupfer verliert durch seine metallische Verbindung mit Zink seine giftigen Eigenschaften, es löst sich nicht mehr in den Körpersäften auf und ruft daher weder eine Eiterung noch die Bildung einer dicken Kapsel hervor. Für die Chirurgie hat diese Eigentümlichkeit der Metallkombinationen bezgl. der Wahl des Nahtmaterials Bedeutung. **Ewald**-Hamburg.

11) **J. Stratochvil.** Zur Technik der Hautdesinfektion. (Wien. klin. Woch. 1909. Nr. 47.)

Die von Grossich angegebene Verwendung der Jodtinktur zur Desinfektion der Haut wird mit der Modifikation angewendet, dass am Tage vor der Operation das Operationsgebiet mit Seife und Bürste in der üblichen Weise gereinigt, mit sterilem Verband bedeckt und unmittelbar vor der Operation mit Jodtinktur bestrichen wird.

(Wir selber halten schon seit einer Reihe von Jahren einen ähnlichen Vorgang ein und können an mehreren tausend Fällen die günstigen Erfahrungen des Autors bestätigen.)

Spitzy-Graz.

12) **Oehler** (Freiburg). Zur Diagnose der cerebralen Fettembolie.
Bruns Beitr. z. klin. Chir. 65. Bd. 1. H. p. 11.

Es gibt eine respiratorische Form der Fettembolie, die der gewöhnlichen Lungenembolie vollkommen gleicht und eine cerebrale Form, bei der die Differentialdiagnose gegen traumat. Spätapoplexie Schwierigkeiten bereiten kann. Gegenüber dieser ist das Fehlen von Druckpuls, Fehlen isolierter Lähmungen und Fehlen von Veränderungen am Augenhintergrund von Wichtigkeit, ferner Nachweis von Fett im Urin (nicht immer!), Temperatursteigerungen. Von den 2 vom Verf. mitgeteilten Fällen verlief der 1. letal, der 2. ging in Heilung über. Therapie rein exspektativ. **Balsch**-Heidelberg.

13) **Lehnerdt.** Zur Frage der Substitution des Calciums im Knochensystem durch Strontium. I. Mitteilung: (Zieglers Beitr. z. path. Anat. 46. Bd. S. 468—572.) II. Mitteilung: (Zieglers Beitr. z. path. Anat. 47. Bd. S. 215—247.) (1909.)

Lehnerdt stellte, geleitet von der Frage nach der Genese. Therapie der Rachitis etc., an der Hallenser Kinderpoliklinik (Direktor Stoeltzner) an Hunden und Kaninchen Fütterungsversuche mit Strontium



an. Das Ergebnis der chem. Untersuchung ist anderwärts veröffentlicht. Die erste Mitteilung handelt phatolog.-anatom. vom „Graviditätsversuch“: 4 während der Gravidität mit Strontium gefütterte Kaninchen warfen in 8 Würfen Junge — 32 untersucht — mit einer kongenitalen Knochenerkrankung. Die zweite Mitteilung gibt das path.-anatom. Resultat eines „Laktationsversuches“: 4 Bulldoghunde und 9 Kaninchen, von in Strontiumfütterung stehenden Muttertieren gesäugt, erkrankten ebenfalls am Skelettsystem. Das Strontium geht von der Mutter auf die Jungen über, im ersten Fall durch das Blut, im zweiten durch die Milch. Sowohl die kongenitale wie die post partum akquirierte Knochenerkrankung ist charakterisiert durch gesteigerte Apposition im wesentlichen ohne Verkalkung und gehemmte Resorption. Die Verschiedenheit in der äusseren Morphologie der kongenitalen und extrauterinen Erkrankung ist bedingt durch den Zeitabschnitt der Einwirkung des Strontiums — deshalb bei der kongenitalen: Bestehenbleiben des Knorpels, Verbiegung der Diaphysenmitte der Röhrenknochen. — Ein Vergleich des Resultats der Kalkarmen, Phosphor-, Phosphor- und Kalkarmen Strontiumfütterung ergibt: Bei Kalkarmer Fütterung Osteoporose, bei Phosphor Osteosklerose, bei Phosphor- und Kalkarmer Fütterung dasselbe Resultat wie bei Phosphor, jedoch Skelett kalkfrei, bezw. arm, aber kalkaufnahmeunfähig, mit letzterem Ergebnis deckt sich das bei einfacher Strontiumfütterung. Dieses Ergebnis passt zu der Stoeltznerschen Theorie: Calcium, Phosphor, Strontium regen die Knochenbildung an; damit bei Calcium Selbststeuerung im Organismus verbunden — es wird soviel Osteoid gebildet als verkalken kann, — bei Strontium und Phosphor nicht. Während das Calcium in unlösb. Form deponiert wird, ist dies beim Strontium nicht der Fall, es ist daher kein Substituens des Calciums. Während bei der Rachitis nach Stoeltzner das Skelett trotz genügender Kalkzufuhr nicht kalkaufnahmefähig ist, ist das Skelett bei Strontiumfütterung kalkaufnahmefähig, es handelt sich um Ueberschussbildung von unverkalktem Gewebe, dasselbe verkalkt nicht wegen relativer Kalkverarmung — Osteoidmehrbildung bei Mangel von Resorption von verkalktem Knochen. — Die Strontiumknochenerkrankung ist eine pseudorachitische. Bei Anwendung auf die Therapie könnte die Phosphordarreichung versucht werden durch die Kombination von geringen Mengen Strontium mit viel Calcium, indiciert bei: Osteomalacie, Rachitis, schlechter Kallusbildung, allen mit stärkerer Porose und vermehrter Resorption einhergehenden Knochenerkrankungen (Osteopsathyrosis); während der Gravidität und Laktation ist die Medikation kontraindiciert — Strontiumpseudorachitis der Kinder! —

Pol-Heidelberg.



14) **Wallace Blanchard** (Chicago), the bone fragility and eburnation of rachitis.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. 4.

Eburnation und Ossifikation sind nicht die nämlichen Prozesse. Normale Knochen sind bis zur Ossifikation biegsam, rachitische sind brüchig, bis die Eburnation eintritt. Diese kann durch Krankheit und ungünstige Ernährung sehr verzögert werden, andererseits unter güustigen Bedingungen sehr schnell zustande kommen. B. hat in 27 Fällen vor der Eburnation beim Einzelindividuum 1—32 Spontanfrakturen beobachtet. In diesem Stadium soll man die deformierten Knochen nicht korrigieren. Durch Wechsel der Umgebung, kräftige Ernährung kann die Eburnation in $^1/_2$—2 Monaten erreicht werden. Eburnierter Knochen kann weder durch Schienen noch durch Gipsverbände korrigiert werden. Nur geringgradige O-Beine von Gesunden und ganz leichten Rachitikern können sich spontan korrigieren, aber höchst selten.

O- und X-Beine können sich trotz dauernder Bettruhe verschlimmern. —

Bei zweijährigen Kindern macht man am besten einen Gipsverband in korrigierter Stellung und lässt die Kinder zwei Monate damit herum laufen (40 Fälle wurden so mit gutem Erfolg behandelt).

Für ältere Kinder ist die Osteoclase (Osteoklast von Grattam) die sicherste und leichteste Korrektionsmethode. (1000 Fälle von X- und O-Beinen und Verbiegungen der Tibia nach vorn.)

B. hat beobachtet, dass das O-Bein zur Coxa vara, das X-Bein zur Coxa valga disponiert. Beim O- und X-Bein betrifft die Verbildung sämtliche langen Knochen, doch beginnt die erste Biegung beim X-Bein am oberen Tibiaschaft, beim O-Bein am unteren Femurschaft.

Ewald-Hamburg.

15) **Bergemann.** Wie lange nach dem Tode oder nach der Amputation bleibt der Knochen bezüglich seiner Keimfreiheit transplantationsfähig?

Arch. f. kl. Chir. 90. Bd. 2. H. p. 279.

Um obige Frage zu entscheiden, machte Verfasser zahlreiche Impfversuche mit Leichenknochen. In verschiedenen Intervallen p. mort. entnahm er von dem unteren Femur- oder oberen Tibiaende Stückchen von Knochenmark und Spongiosa und legte Kulturen davon an. In gleicher Weise verfuhr er mit Knochen von Amputationen. Nur in einem Falle ergab die Untersuchung von



Leichenmaterial ein Wachstum von Keimen 44 Stunden p. mort. In allen anderen meist in früheren Stadien entnommenen Proben blieben die Kulturen steril, und Verf. glaubt daraus den Schluss ziehen zu können, dass Leichenknochen in den ersten 12 Stunden nach dem Tode keimfrei sind. Für Knochen von Amputationen stellte sich die Zeit auf 14—18 Stunden. In dieser Zeit wäre also der Knochen theoretisch transplantationsfähig.

Baisch-Heidelberg.

16) **Al Sarantis** (Papadopoulos). Rachitisme et tuberculose. (Revue d'orth. 1909. 6.)

Ein 5 jähriger Knabe mit rachitischer Kyphose, Brustkorb- und Extremitäten-Rachitis hatte ausserdem eine Lungen- und Knochentuberkulose. Verf. bespricht die Möglichkeit, dass beide Erkrankungen, die Rachitis und die Knochentuberkulose, eine Ursache haben, nämlich die Tuberkulose, die bazilläre und die inflammatorische Poncets. Allerdings ist der Beweis dafür nicht zu führen.

Ewald-Hamburg.

17) **Rudolf Maier.** Ueber Ostitis deformans Paget. (Mit 3 Abbildg.) (Charité-Annalen. XXXIII. Jahrg.)

Besprechung der noch dunkeln Aetiologie. Beschreibung eines Falles, in dem Lues durch negativen Wassermann ausgeschlossen wurde, und der einige ungewöhnliche Merkmale aufwies: Beginn ohne Schmerzen am Malleolus externus, Beteiligung der Fussknochen, Defektbildung am Schädel, Behebung der Beschwerden durch Jodkali. Bemerkungen über Diagnose, Therapie (intern oder chirurgisch?) und Prognose.

Natzler-Heidelberg.

18) **Sydney M. Cone** (Baltimore). Bone pathology in its relation to general pathology.

Amer. jour. of orth. surg. 1909. 4.

C. beklagt das geringe Studium der Knochen bei den Autopsien, trotzdem durch Allgemeinerkrankungen das Knochengewebe ebenso häufig alteriert wird wie andere Organe. Er beschreibt sein Verfahren der Entkalkung, Härtung und histologischen Untersuchung. Seitdem er darauf achtet, hat er viele Residuen oder path.-anatomische Erscheinungen von chronischen Erkrankungen im Knochengewebe besonders deutlich gesehen: Pigmentierungen bei chronischer Malaria, Anthrakosis; Haemorrhagien bei Stauungen, Degenerationen bei infektiösen Krankheiten, Oedeme und Schwellungen der Periostlamellen bei Nierenerkrankungen und Eklampsie.

Ewald-Hamburg.



19) **Pfister** (Altona). Beitrag zur Kenntnis der posttraumatischen Ossifikationen. (Arch. für kl. Chir. 89. Bd. 4. H. p. 855.)

Verf. will den von Stieda zuerst beobachteten Knochenschatten neben dem Condylus int. femoris, nicht wie dieser als Absprengung, sondern als Ossifikation in dem peri- oder paraostalen Gewebe resp. in den Ansätzen des Lig. collaterale tibiale oder der Adduktorensehne deuten. Als Beweis dafür dient ihm die Beobachtung, dass solche Knochenschatten gewöhnlich erst längere Zeit nach dem Trauma beobachtet wurden und dass man röntgenographisch ein Anwachsen und ein Schwinden derselben verfolgen kann. Zum Schlusse schlägt er mit König (Altona) vor, für die posttraumatischen Ossifikationen die Bezeichung frakturlose Callusbildung einzuführen, da die anderen üblichen Bezeichnungen (Myositis ossificans, Tendinitis ossificans, traumatisches Osteom) unrichtig oder nicht vollständig seien.

Balsch-Heidelberg.

20) **Decken.** Zur Kasuistik der Knochencysten bei Ostitis fibrosa. (Diss. Giessen 1909.)

D. hatte Gelegenheit im Giessener pathologischen Institut zwei Fälle von solitären Knochencysten zu untersuchen, von denen die eine in der Fibula, die andere am unteren Ende des Humerus ihren Sitz hatte. In beiden Fällen war es zu Deformitäten der Knochen gekommen. Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwandung ergab in beiden Fällen, dass keine echte Cyste mit eigener endo- oder epithelialer Auskleidung vorlag, dass vielmehr der Hohlraum als Produkt einer Gewebseinschmelzung anzusprechen war; dass ferner eine Umwandlung des normalen Markgewebes im Bereiche des zur Cystenbildung tendierenden Prozesses in teils faseriges, teils zellreiches Bindegewebe stattgefunden hatte, und dass neben einer lebhaften Resorption, die zum totalen Schwunde der Corticalis geführt hatte, ein Anbau von jungen, an Scharpey'schen Fasern reichen, meist osteoiden Knochenbälkchen in den erkrankten Knochenteilen nachzuweisen war. Auf Grund dieser seiner Untersuchungsergebnisse, die mit den bisher in der Literatur veröffentlichten vollkommen übereinstimmen, hält sich D. für berechtigt, auch diese Fälle als lokalisierte Ostitis fibrosa zu bezeichnen.

Blencke-Magdeburg.

21) **Arnold Flinker.** Zur Lehre von der Exostosis cartilaginea multiplex und ihren Beziehungen zur Rachitis. (Wien. klin. Woch. 1909. Nr. 39.)

An der Hand einer kasuistischen Mitteilung und einer reich-



lichen Berücksichtigung der einschlägigen Literatur wird die Verwandtschaft der Erkrankung mit der Rachitis und die Beziehung zwischen Kretinismus und Rachitis bearbeitet. **Spitzy**-Graz.

22) **Marcozzi.** Sulla patogenesi dell'osteosi solitaria.

Il Tommasi 1909. Nr. 15. e 16.

Verf. gibt einen Ueberblick über die zahlreichen Lehren, die bisher über die Pathogenese des Osteoms bestehen, und in denen sich die abweichendsten pathogenetischen Vorstellungen vertreten finden. Die meisten dieser Lehren haben keine solide Grundlage, sei es weil einigen die experimentelle Kontrolle fehlt, sei es weil nicht alle in evidenten pathologisch-anatomischen Tatsachen eine Stütze finden.

Aus diesen Gründen teilt sie Verfasser in drei Gruppen ein. In die erste rechnet er diejenigen Theorien, welche die Pathogenese des Osteoms mit Faktoren in Beziehung bringen, die imstande sind, in dem Organismus nicht nur eine allgemeine Wirkung, welche als prädisponierende bezeichnet werden kann, sondern auch eine lokale zu entfalten, die fähig ist, möglicherweise ein Osteom zu bedingen. Eine zweite Gruppe betrifft diejenigen Theorien, welche die erwähnte Pathogenese mit Faktoren in Beziehung bringen, die nur eine allgemeine Wirkung im Organismus haben und demnach nur als prädisponierend betrachtet werden können. In einer dritten Gruppe endlich lassen sich diejenigen Theorien zusammenbringen, welche diejenigen Faktoren berücksichtigen, die eine direkte Wirkung nur auf die Stelle haben können, wo das Osteom zur Entwicklung kommt. **Buccheri**-Palermo.

23) **A. Hoffmann** (Greifswald). Knochennaht und Knochenbolzung.

Arch. f. kl. Chir. 90. Bd. 2. H. p. 367.

Verf. berichtet über die mit Knochennaht und Bolzung an der Greifswalder chirurg. Klinik erzielten Erfolge.

Es werden an der dortigen Klinik operativ behandelt: alle Patellar-, Olecranon- und Gelenkbrüche, ferner alle schlecht geheilten Frakturen bezw. Pseudarthrosen. Die Naht findet Anwendung in erster Linie dort, wo die Fragmente in der Längsrichtung distrahiert sind (Olecranon, Patella) die Bolzung vor allem bei Pseudarthrosen. Die Naht wird mit Silber- oder Aluminium-Bronzedraht jeweils in ganz bestimmter Verlaufsrichtung, die Bolzung mit einem Tibiaspahn von dem gleichen Patienten ausgeführt. Die Erfolge sind für beide Methoden gute, eine Ueberlegenheit



der einen über die andere konnte Verf. nicht feststellen. Unter 16 Fällen sind 2 Misserfolge, von denen einer die Naht und einer die Bolzung betrifft. **Balsch**-Heidelberg.

24) **Creite** (Göttingen). Die operative Behandlung der Pseudarthrose nach Frakturen.

Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 101. 3—4. H. p. 267.

Bericht über 30 Fälle von Pseudarthrosen oder verzögerter Callusbildung aus der Göttinger Klinik. Auf Grund dieser seiner Erfahrungen empfiehlt Verf. das alte Dieffenbachsche Verfahren — Queres Eintreiben von 2 Elfenbeinstiften oberhalb und unterhalb der Frakturstelle. Von den 30 Fällen waren 15 nach dieser Methode behandelt und alle nach längerer oder kürzerer Zeit geheilt. Von 14 Fällen, in denen die Frakturenden reseziert und genäht wurden, wurden nur 11 geheilt und auch in diesen war der Verlauf häufig durch Eiterung etc. gestört. Besonders erwähnt sei hier noch, dass die mit Elfenbeinstiften behandelten Fälle alle den Unterschenkel betrafen. Neben dem Eintreiben der Stifte in die Tibia wurde auch auf möglichst exakte Adaptierung der Bruchflächen geachtet. Bei schrägem Verlauf wurden diese manchmal durch die queren Stifte wie durch Bolzen aneinander befestigt und in einer ganzen Reihe wurde noch die Fibula reseziert und genäht, (ob da die guten Resultate so sehr durch die Stifte verursacht wurden? Ref.) **Balsch**-Heidelberg.

25) **Bröcker.** Ein Fall von angeblich tabischer Spontanfraktur, kombiniert mit syphilitischer Gelenkerkrankung.

Diss. Greifswald, 1909.

Es handelte sich um einen 47 jährigen Arbeiter, der vor elf Jahren infolge eines Traumas eine Kniegelenkserkrankung bekommen und sich ein Jahr darauf beim Fall auf ebener Erde den linken Oberschenkel gebrochen hatte. 10 Jahre darauf zog er sich infolge eines ganz geringfügigen Traumas eine Malleolarfraktur zu. Er kam in die Greifswalder chirurgische Universitätsklinik zur Behandlung und Begutachtung, erkrankte dort nach einigen Tagen an schwerer Angina und verstarb bald darauf an nachfolgender Sepsis, so dass die Sektion vorgenommen werden konnte. Der Befund der makro- und mikroskopischen Untersuchung wird genau wiedergegeben, und auf Grund derselben glaubt B. mit Bestimmtheit annehmen zu müssen, dass keine tabetische Gelenkerkrankung vorlag, sondern eine reine syphilitische, wenn auch der Patient deutliche Zeichen einer bestehenden Tabes zeigte.



B. ist der Ansicht, dass die neuropathischen Knochen- und Gelenkerkrankungen, pathologisch-anatomisch scharf unterschieden von den durch Trauma oder Lues hervorgerufenen, die Folgen der teilweisen oder gänzlichen Degeneration der die betreffenden Teile versorgenden Nerven sind; und zwar kann der Krankheitsprozess sowohl im Zentralorgan, wie im peripherischen Nervenstamm einsetzen. Strahlige Narben und narbige Schrumpfung in den erkrankten Gelenken sind eindeutige, spezifische Symptome der Arthritis syphilitica. Für das Auftreten der Metaplasieen und Gelenkkörper ist das Trauma ein wichtiger ätiologischer Faktor.

Blencke-Magdeburg.

26) **Guedea.** Gangrena gaseosa aguda de origen traumático.

Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1078 v. 14. 6. 09.

G. berichtet über 2 Fälle von gasförmiger akuter Gangrän nach schweren Verletzungen. In dem einen Falle handelte es sich um einen 45jähr. Mann, welcher von einem Trambahnwagen am linken Unterarm überfahren worden war. Das Emphysem entwickelte sich hier schon im Verlaufe der ersten 24 Stunden und ging bereits bis über den Schultergürtel hinaus. Es wurde sofort die Exartikulation in der Schulter gemacht, der Kranke genas. Im 2. Falle handelte es sich um einen 11jähr. Knaben, welcher von einer hohen Mauer heruntergefallen war und sich dabei ebenfalls den linken Unterarm gebrochen hatte. Die Fraktur war kompliziert. Auch hier entwickelte sich das Emphysem bereits am zweiten Tage. Es wurde die Amputation des Oberarms nahe dem Schultergelenk vorgenommen. Der Kranke kam mit dem Leben davon.

G. betont, dass es besonders wichtig sei, in derartigen Fällen die Amputationswunde nicht zu vernähen, sondern weit offen zu erhalten, da es sich offenbar um einen unter Abschluss der Luft sich vermehrenden Bazillus handle. **Stein**-Wiesbaden.

27) **R. Grashey** (München). Wie weit lassen sich Fehldiagnosen und Misserfolge bei Frakturen und Luxationen in der Praxis vermeiden?

Münch. med. Woch. 1909. 47.

G. bespricht die manchmal recht beträchtlichen Schwierigkeiten bei der Diagnose der Frakturen und der Luxationen, namentlich der Verrenkungsbrüche am Fuss und Schultergelenk. Um gröbere Missgriffe in Diagnose und Therapie zu vermeiden, rät er, Verletzungen in unmittelbarer Nähe des Gelenks in Narkose zu unter-



suchen und 2. bei den Repositionsmanövern grobe Exkursionen zu vermeiden und vor allem kräftige Extension und Gegenextension auszuüben. Bei Zweifeln ist immer eine Röntgenaufnahme angezeigt.

Ewald-Hamburg.

28) **Scarlini** (Siena). Dell'azione del siero mielotossico sulla riparazione delle fratture. (Archivio di ortopedia A. XXV. fasc. 5—6.)

Scarlini sucht durch Experimente zu kontrollieren, ob die zytotoxischen Sera eine wenn nicht rein spezifische, so doch tiefgehend störende Wirkung auf den Zellmetabolismus der Organe besitzen, und kommt zu dem negativen Schluss, dass er nach sorgfältigem und methodischem Studium der Frakturen, die unter vollkommen gleichen Verhältnissen einerseits bei mit myelotoxischem Serum behandelten Tieren und andererseits bei kontrollierten hervorgerufen wurden, in dem Gang des Heilungsprozesses keine derartigen unterschiedlichen Charaktere wahrgenommen, dass man dadurch zur Annahme eines aktiven und realen Eingreifens eines die knochenbildende Tätigkeit des Marks störenden Elementes in den Heilungsprozess selbst infolge der Einwirkung des myelotoxischen Serums berechtigt würde.

Buccheri-Palermo.

29) **Canal.** Influenza della paratiroide sul processo di ossificazione nelle fratture.

Gazz. degli ospedali e delle cliniche 1909, 5 agosto.

Die totale Parathyroidektomie bedingt eine Verzögerung in der Heilung der Frakturen, welche in der späten und schwierigen knöchernen Evolution des Knorpelkallus besteht. Nach den Versuchen des Verf. sollen die Glandulae parathyroideae einen Einfluss auf den Metabolismus des Calciums im Organismus und seine Verwertung seitens der Gewebe ausüben. **Buccheri**-Palermo.

30) **Th. Christen** (Bern). Frakturbehandlung nach Steinmann und nach Zuppinger.

Münch. med. Woch. 1909. 48.

Steinmanns Nagelextension und Zuppingers Extensionsbehandlung in Semiflexion leisten beide mehr als alle anderen Verfahren: Die Zahl der durch eine Fraktur der unteren Extremität dauernd Erwerbsunfähigen wird ganz bedeutend verringert, bei weitem mehr noch, als durch die Bardenheuersche Methode. Die Vorzüge beider Verfahren werden beschrieben, und namentlich wird auf den Vorteil der Zuppingerschen Semiflexions- (Entspannungs-) Lage



hingewiesen, bei der es nicht, wie bei Bardenheuer, zur Muskelüberdehnung und später dauernder Muskelschwäche kommen kann. Schliesslich werden die beiden Methoden gegeneinander abgewogen: Steinmann ist im Vorteil bei schweren Weichteilverletzungen, bei veralteten Frakturen, wo man grosse Züge braucht, bei mangelhafter Angriffsfläche (Malleolarfrakturen u. s. w.), wenn man ausgibige Gelenkexkursionen wünscht, zuletzt auch wegen seiner Einfachheit Zuppinger hat die physiologische Methode für sich, ein Vorteil, der nach Verf. alle anderen Methoden aufwiegt.

Ewald-Hamburg.

31) **Klapp** (Berlin). Die konservative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.

Deutsche med. Woch. 1909 N. 40. S. 1739.

K. betont, dass bei der konservativen Behandlung der Tuberkulose vor allem auch eine Besserung des Allgemeinzustandes zu erstreben sei durch gute Ernährung, Höhen- und Seeklima. Auch von der Schrotschen Kur sah Verf. bei fistelnder Tuberkulose gute Erfolge, doch ist diese Methode nur mit grosser Vorsicht und unter ständiger Ueberwachung anzuwenden. Bei der lokalen Behandlung wird auf Entlastung und Fixation grosser Wert gelegt, Jodoforminjektionen speziell bei Senkungsabszessen und besonders die Biersche Stauung finden ausgedehnte Anwendung (1—3 Stunden pro Tag). Geeignet für die konservative Behandlung sind jugendliche Patienten, bei denen die Erkrankung nur langsam fortschreitet und die sich guter Ernährungs- und allgemein günstiger hygienischer Verhältnisse erfreuen. Allgemeinerkrankungen (Amyloid, Nephritis, Tbc. anderer Organe) sind Contraindikationen. Die Prognose der konservativen Behandlung ist auch nach den einzelnen Gelenken verschieden; Handgelenk, Ellenbogen und Fussgelenk stehen am günstigsten da, das Kniegelenk am schlechtesten. Synovialerkrankungen neigen eher zur Heilung wie die ossalen Formen, die, solange noch kein Durchbruch ins Gelenk stattgefunden hat, wieder für die extrakapsuläre Operation sehr geeignet sind. Gute Erfolge sah K. auch von der Injektion 1%iger Trypsinlösung in tuberkulöse Abszesse, wodurch eine Peptonisierung des Inhalts und eine Resorption des Eiters herbeigeführt wird. Auch Einspritzungen von 60%igem Alkohol in die Umgebung des tuberkulösen Heerdes lieferte gute Resultate, indem durch die Wirkung des Alkohols eine Neubildung von Bindegewebe und eine Abkapselung der Erkrankung herbeigeführt wurde.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



32) **Muñoz.** Reumatismo tuberculoso. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. No. 1092 v. 28. 9. 09.)

Unter „tuberkulösem Rheumatismus“ versteht M. eine Erkrankung, welche bei uns in diesem Sinne und Zusammenhange wohl nirgends anerkannt wird. Es werden damit offenbar spezifisch rheumatische oder auch gichtische Erkrankungen an verschiedenen Gelenken des Körpers, besonders auch an den Händen und Fingern, bezeichnet, welche bei einem Individuum auftreten, das gleichzeitig oder vorher an einer tuberkulösen Erkrankung der Lungen oder anderer Organe gelitten hat. Dabei wird kein Wert darauf gelegt, dass der Tuberkelbazillus in den als „tuberkulös-rheumatisch“ bezeichneten Gelenken gefunden wird, oder dass dort solche pathologische Prozesse nachgewiesen werden, welche wir sonst mit der Tuberkulose als solcher in ursächlichen Zusammenhang zu bringen gewohnt sind. Trotzdem aber wird mit grosser Bestimmtheit ein Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen von M. behauptet. Er stützt sich dabei auch noch auf französische Autoren, besonders auf Poncet. Eine ganze Reihe von näher mitgeteilten Fällen illustriert obige Anschauungen, welche anderweit wohl schwerlich auf Anerkennung rechnen dürften. **Stein**-Wiesbaden.

33) **Meyer** (Berlin). Ueber multiple kongenitale Gelenkdeformitäten. (Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXII. Bd. 4. H. S. 563.)

Beschreibung eines Fötus, bei dem ausser Schlottergelenken der verschiedensten Gelenke vor allem eine Subluxation des l. Kniegelenks und eine Luxation des linksseitigen Radius nach vorn bestand. M. fasst mit Drehmann das Genu recurvatum als erste Stufe der Luxation oder Subluxation auf. Die Entstehung der Luxation hält er für bedingt durch die abnorme Schlaffheit des Bandapparates, die sich auch bei anderen Gelenken fand, in Verbindung mit mechanischen Momenten (Raumbeengung in utero). Die gleichen Ursachen glaubt Verf. auch für die Luxation des Radius annehmen zu können, doch hält er die meisten bisher beobachteten Fälle durch Wachstumsstörungen der Ulna oder exzessives Wachstum des Radius bei partiellem Riesenwuchs oder bei Exostosis cartilaginea multiplex bedingt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

34) **Moritz Graf Vetter von der Lilie.** Zur Kasuistik der Luxationen. (Wien. klin. Woch. 1909. Nr. 45.)

Verf. beschreibt mehrere interessante Fälle von selteneren Luxationen mit einer kurzen Uebersicht über die bisher publizierten ähnlichen Fälle.



1. Isolierte Luxation des vierten Mittelhandknochens.

2. Zentrale Hüftluxation.

3. Luxation des Fusses nach hinten mit Bruch des Malleolus internus und der Fibula. Anschliessend eine Polemik gegen Wendel über die Nomenklatur dieser Verletzung. Spitzy-Graz.

35) **Müller** (Rostock). Ueber das Verhalten der Gelenke bei allgemeinen Oedemen und Gefässkompression. (Stauungsergüsse.)

Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 100. p. 385.

Es gilt im allgemeinen als Regel, dass bei allgemeinen Oedemen der unteren Gliedmassen die Gelenkhöhlen ohne Erguss sind. Dass Ausnahmen von dieser Regel nicht so selten sind, konnte Verfasser bei Leichenuntersuchungen mehrfach finden (5 mal unter 27 Fällen). Völliges Fehlen von entzündlichen Veränderungen an der Synovialis sprechen gegen entzündlichen Ursprung dieser Ergüsse. Dazu kommen Beobachtungen von Gelenkergüssen bei lokal bedingter Stauung (Thrombose), die ebenfalls nur gezwungen als entzündliche gedeutet werden können. Analysen der Flüssigkeiten ergaben kein sicheres Resultat. Verf. empfiehlt weiteres Studium dieser Frage.
Balsch-Heidelberg.

36) **F. E. Peckham** (Providence). The treatment of some tyepes of rheumatoid arthritis.

Amer. jour. of orth. surg. 1909. 4.

Die Arthritis villosa und die atrophische Form der Arthritis hat P. durch Heissluftbäder und durch allgemeine und lokale Vibration günstig beeinflusst. Da in einigen Fällen keine Besserung eintrat, wandte er hier den elektrischen Strom, sowie den elektrischen Funken und „Büschelentlader“ an, manchmal — wie die mitgeteilten Fälle beweisen, — mit überraschendem Erfolg. Schlägt auch dies fehl, so bleibt bei der Zottenarthritis nur die Excision der Zotten übrig.

Bezüglich der atrophischen Arthritis, die zur Knorpelatrophie und Ankylose führen kann, und zwar in vielen Gelenken, betont P. besonders den Wert der Allgemeinbehandlung. Er hat die Arthritis bei Lebererkrankungen, Darmindigestionen, Magenleiden und Stoffwechselkrankheiten auftreten sehen. Hier wäre es ein Fehler, nur die Gelenke zu behandeln. Das elektrische Licht-Vollbad, die Vibration des ganzen Körpers, die elektrische Behandlung beeinflussen die Grundkrankheit und die Gelenkentzündungen. — Auch diätetische Massnahmen sind wichtig. Ewald-Hamburg.



37) **E. Lexer** (Königsberg). Ueber Gelenktransplantation.

Arch. f. kl. Chir. 90. Bd. 2. H. p. 263.

Es sind L's Erfahrungen, die er im Laufe des Jahres seit seinem 1. Vortrag über dieses Thema auf dem Chirurgenkongress 1908, gesammelt hat. Er hat sie in 7 kurze Leitsätze zusammengefasst.

1. Die künftige Naht soll nirgends über die verpflanzten Teile hinwegziehen, daher sind grosse Lappenschnitte nötig.

2. Der Gelenkdefekt soll nicht unter Blutleere präpariert werden, um jede geringste Blutansammlung nach der Operation zu vermeiden. Die Knochenenden im Defekt sollen senkrecht zur Längsachse angefrischt, nicht eingekeilt werden. Von Gelenkhaut und Sehnenansätzen sind die gesunden Reste nach Möglichkeit zu schonen und später wieder zu befestigen.

3. Als Transplantationsmaterial eignen sich Gelenke von Gliedern, die wegen Verletzungen oder angiosklerot. Nekrose amputiert wurden. Alle Gelenke, mit denen Krankheitskeime übertragen werden könnten, sowie solche mit starker Knorpelveränderung müssen ausscheiden. Frisches Leichenmaterial ist praktisch kaum verwertbar.

4. Das zu verpflanzende Gelenk ist sorgfältigst zu präparieren. Bänder, Sehnenansätze, Muskeln, Fett sind zu enfernen. Am Knie können die Ligg. cruciata gelassen werden. Die Gelenkkapsel wird im allgemeinen nicht übertragen, da sich die Uebertragungsversuche nicht bewährt haben, ebensowenig Versuche sekundärer Kapselbildung (Hydrocelenhaut, Bauchfell). Doch ist diese Frage noch nicht abgeschlossen.

5. Für die spätere Funktion des transplantierten Gelenkes sind meist Muskelplastiken nötig, die jedoch wegen der meist vorhandenen Atrophie der Muskeln grosse Schwierigkeiten machen können.

6. Zur Befestigung der Gelenkteile sind Fremdkörper (Nägel, Draht, Elfenbeinstifte) zu vermeiden. Halbe Gelenkteile können eingekeilt oder durch frischen Knochenbolzen gebolzt werden. Ganze Gelenke werden am besten unter Zug am peripheren Ende der Extremität eingelegt und dann durch die Spannung der Weichteile gehalten.

7. Die Nachbehandlung geschieht nach den allgemeinen üblichen Grundsätzen.

Der Erfolg ist in dem ältesten Fall ganzer Transplantation



1½ Jahre ein vorzüglicher. In einem Fall halber Gelenktransplantation mit ebenfalls vorzüglicher Einheilung wurde wegen schwerer Neurose später exarticuliert. **Baisch**-Heidelberg.

38) **Rochard** et **Champtassin.** Traitement des atrophies musculaires par la méthode des résistances progressives. (Die Behandlung von Muskelatrophien mit progressiver Widerstandsgymnastik.) (Revue de chirurg. Bd. 39. S. 97.)

Nach der Ansicht der Verf. ist eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit der Muskeln durch Entstehung neuer Muskelprimitivfasern nicht möglich, sondern nur durch Vergrösserung des Querschnitts der vorhandenen Fasern. Deshalb hat auch das Bestreben, durch Massage und Elektrisieren die Blutzufuhr und damit die Ernährung des Muskels zu heben, keinen Zweck zur Erhöhung der Muskelkraft. Es kann dies nur durch methodisches Training der Muskeln durch aktive Uebungen erzielt werden. Die Verf. halten häufig wiederholte Bewegungen mit geringem Kraftaufwand für nutzlos zur Erreichung der Muskelkräftigung, sondern erzielen nach ihrer Angabe die besten Erfolge durch Gymnastik mit starken Widerständen (Gewichten), die dann fortschreitend noch weiter vermehrt werden können. Auch bei frischen Ergüssen (Hydarthros und Hämarthros) sowie bei frischen gonnorrhoischen Entzündungen sollen die Erfolge dieser Bewegungstherapie in Verbindung mit häufigeren Punktionen hervorragende sein. Die Verf. sind geneigt das Chronischwerden des Gelenkergusses als Folge der Muskelerschlaffung, wodurch dem Gelenk der nötige Zusammenhalt fehlt, anzusehen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

39) **Gardner** (New-York). Rétraction des muscles après ischémie par compression (Maladie de Volkmann-Lesser). Gazette des hôpitaux 1909. Nr. 80 u. 83.

Die Muskelretraktion hat ihre Ursache in einer Ischämie, die wiederum durch einen zu engen Verband hervorgerufen ist. Alle übrigen Fälle bieten wohl anatomisch und klinisch ähnliche Bilder, sind aber streng genommen keine Volkmann'sche Deformität. (Embolie, Thrombose, Kompression, Ruptur der Arteria brachialis, Kontusion, Eiterung, Erfrierung des Vorderarmes.) Die Krankheit kommt fast nur bei Kindern vor, ihr Grund ist Unachtsamkeit der Aerzte. Unter 91 Fällen fanden sich 39 mal Vorderarm-, 40 mal Ellenbogenfrakturen, 2 mal Ellenbogenluxationen. Schienenverbände scheinen gefährlicher zu sein als Gypsverbände (54 Fälle).



Bei der path. anat. Untersuchung findet man alle Stadien der Muskeldegeneration bis zum fibrösen Ersatz. Sekundär können auch die Gefässe und Nerven affiziert sein. — Tierversuche haben noch zu keinem einwandfreien Resultat geführt. Ausser der Zirkulationsbehinderung scheint noch ein unbekanntes Moment hinzukommen zu müssen, um zur Muskelretraktion zu führen.

Bezüglich der Behandlung ist die Bemerkung selbstverständlich, dass bei Schmerzen, Oedem, Cyanose der peripheren Gliedabschnitte der Verband sofort zu entfernen ist. — Bei ausgebildeter Retraktion ist ein gewaltsames Redressement der Finger und der Hand (Volkmann) zu verwerfen. Das allmähliche Redressement (Hildebrand, Niessen, Sayre, Jones) führt zu recht guten Resultaten, dauert aber oft ein Jahr lang und mehr.

Bei Beteiligung der Nerven muss man operativ vorgehen, d. h. diese freilegen (Drehmann), und zwar zunächst von allen Eingriffen. Erst dann kommen Sehnenverlängerung oder Kontinuitätsresektion der Vorderarmknochen in Betracht. Erstere wurde 24 mal ausgeführt mit 2 mässigen, 13 guten und 4 sehr guten Resultaten. Die Knochenresektion ist in 15 Fällen angewandt worden; Resultat: 2 Pseudarthrosen, 1 mässige, 1 beträchtliche Besserung, 4 volle Erfolge. In England macht man die Sehnenoperation, in Deutschland beides, in Amerika neigt man mehr zur Knochenoperation und zur Nervenfreilegung. Drehmann und Bradford haben einmal unter dem degenerierten Flexor dig. superf. einen guten Flexor dig. prof. gefunden und letzteren auf den anderen überpflanzt. — Eine Nachbehandlung ist wichtig. Ewald-Hamburg.

40) **Ch. F. Painter** und **J. D. Clarke** (Boston). Myositis ossificans.

Amer. journ. of orth. surg. 1909. Mai.

Es gibt eine idiopathische und traumatische M. o. Die erstere ist diffus, progressiv; ihre Aetiologie kennt man nicht. Sie ist schon sehr früh, am 4. Lebenstage, beobachtet worden, meist sah man die ersten Erscheinungen im 2.—5. Jahr auftreten. Bisher sind in der Weltliteratur 62 Fälle beschrieben worden. Es soll sich um angeborene Anomalien der Muskelorganisation handeln. Die Ossifikation beginnt am Ursprung und Ansatz der Muskelgruppen und breitet sich oberflächlich aus. Im Zentrum des Muskelbauches können lange Jahre normale Muskelfasern bleiben. Stoffwechselversuche führten zu keinem positiven Resultat. Zuerst erkranken die Nacken- und Rückenmuskeln (Scaleni, rhomboidei, erector



trunci); daraus resultieren dann rein mechanisch Haltungsanomalien wie Torticollis, Skoliose, später Flexionen und Rotationen der Extremitäten. Der Tod tritt gewöhnlich infolge Bronchopneumonie oder Phthisis ein. Jede Therapie erscheint bis jetzt machtlos gewesen zu sein, auch die Operation: nach 10—12 jähriger Krankheitsdauer sterben die Pat. gewöhnlich an einer Lungenaffektion. Der mitgeteilte Fall betrifft einen 25 j. Mann, dessen Krankheit schon 19 Jahre dauert. Am ganzen Körper incl. Arm und Bein sitzen die Verknöcherungen und haben mehr oder weniger hochgradige Deformitäten, Kontrakturen, ja Ankylosen herbeigeführt. An einem Schulter- und Hüftgelenk wurden die Knochentumoren operativ entfernt, bildeten sich aber in kurzer Zeit wieder. Zitronenkur hatte gar keinen, Thiosinamininjektionen nur ganz vorübergehenden Erfolg. Die Krankheit hatte in $^1/_2$ Jahre, wo nun Röntgenbilder angefertigt wurden, zugenommen.

Im 2. Fall handelt es sich um einen 38 j. Arbeiter, der vor 4 Monaten eine Verletzung der Achillessehne erlitten katte. Mächtige Myositis ossificans, die vom Ansatz der Sehne bis Handbreit zum Unterschenkel hinaufreicht. Excision. Auch im 3. Fall hat sich, hier ohne erkennbare Ursache, eine Verkalkung einer Achillessehne bei einem 51 j. Verkäufer innerhalb 5 Jahren gebildet. Da er keine Beschwerden hatte, wurde abgewartet.

Bei der traumatischen Myositis ossificans ist die Kalkablagerung auf die verletzte Partie begrenzt (Reit-, Tanzknochen; M. o. nach Frakturen und namentlich nach Dislokationen). Sie vollzieht sich in ein bis 3 oder 4 Monaten, manchmal auch erst in Jahren. Es ist bekannt, dass meist an eine periostale Entstehung der Knochenbildung gedacht wird. Diese Theorie passt aber nicht für alle Fälle, so hat die Kalkablagerung in Fall 3 keine Verbindung mit irgend einem Knochen. Hierfür scheint die Theorie Reicherts eine Erklärung zu geben, wonach alle Bindegewebszellen unter dem Einfluss eines Traumas usw. fähig werden, einander zu ersetzen; wir hätten also bei der M. o. ausser der Proliferation eine Metaplasie. So hat man in einer Operationsnarbe des Abdomens Knochen und Knorpel beobachtet. Auch Jones hat in einem Fall wahre Ossifikation, aber kein Periost gefunden, dieselbe Beobachtung machten die Autoren im Fall 2.

Im Falle von Dislokationen bei Frakturen kann die Myositis ossificans einfach als exzessive Kallusbildung aufgefasst werden. Doch würde sich dieser resorbieren, während die M. o. fortschreitet.

Bezüglich der Behandlung ist zu sagen, dass manchmal



Resorption der Kalkmassen beobachtet worden ist, scheinbar unter Bildung eines Abszesses, der aber hauptsächlich Phosphate und Karbonate enthielt. Bei grossen Funktionsstörungen muss die verkalkte Partie möglichst entfernt werden. **Ewald**-Hamburg.

41) **Bardenheuer.** Myotomie und Myoraphie.
D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 100. p. 63.

B. gibt eine Uebersicht über das Indikationsgebiet der von ihm neu eingeführten Operationsmethoden der Myotomie und Myoraphie. Die quere Myotomie der Flexoren des Vorderarmes wird bei den ischämischen Muskelkontrakturen event. in Verbindung mit Kürzung der Extensoren ausgeführt. Ferner wandte B. die Myotomie bei alten und frischen Sehnenverletzungen an, wenn die Naht starker Spannung ausgesetzt war. Das dritte Anwendungsgebiet der Myotomie sind die zerebralen spast. Hemiplegien. Die spastisch stärker kontrahierten Muskeln (meist die vom N. medianus versorgten Flexoren) werden durchtrennt, die schwächeren Muskeln (Radialisgruppe) werden verkürzt. Bei ausgedehnten Resektionen der Gelenke bes. d. Schultergelenkes sollen gleichzeitig die Muskeln ausgedehnt reseziert werden, um die Resektionsflächen in innigeren Kontakt zu bringen und Taschenbildung zu verhüten.

Balsch-Heidelberg.

42) **Lenzi e Abetti** (Florenz). Contributo allo studio dei tumori a mieloplassi delle guaine tendinee.
La Clinica chirurgica 1909 Nr. 9.

Verff. besprechen in der vorliegenden Arbeit 7 Fälle von jenen Tumoren der Sehnenscheiden, welche von Malherbe und Heurtaux „Myelomes“ genannt wurden. Diese Tumoren, die histologisch mit gewissen Sarkomen Aehnlichkeit haben (so dass sie bis zum Jahre 1891 mit diesen zusammengeworfen wurden), unterscheiden sich klinisch von denselben durch ihren Charakter absoluter Benignität. Als strukturelle Hauptcharakteristik zeigen sie Anwesenheit von Myeloplaxenriesenzellen und grossen ein- oder zweikernigen Zellen (sog. myeloide Zellen) und sind gebildet durch ein reifes Bindegewebe und Gefässe mit sklerosierten Wänden.

Im zweiten Teil der Arbeit werden vom allgemeinen Gesichtspunkt die pathologische Anatomie, die Aetiologie und die klinischen Charaktere, die diese Geschwülste bieten, behandelt und die verschiedenen Theorien, die über ihre Entstehung aufgestellt worden sind, mit Einschluss derjenigen von Bellamy, der diese Tumoren als Endotheliome betrachtet, finden Erörterung. Die wahr-



scheinlichste von diesen Anschauungen dürfte nach den Verff. diejenige sein, welche die Myeloplaxen als das Produkt der Verschmelzung mehrerer myeloider Zellen oder der Vermehrung der Kerne dieser Zellen ohne nachfolgende Teilung des Zellleibes betrachtet. Die Myeloide sodann sollen sich durch Umwandlung der Zellen jenes Bindegewebes der synovialen Sehnenscheiden mit parallelen Bündeln bilden, welches dem Sehnengewebe analog ist.

Buccheri-Palermo.

43) **P. H. Römer** (Marburg). Untersuchungen zur Aetiologie der epidemischen Kinderlähmung. (Münch. med. Woch. 1909. 49.)

Bakteriologische Versuche, den Mikroorganismus der Kinderlähmung darzustellen, misslangen. Auch blieben Kaninchen, Mäuse und Meerschweinchen nach intrazerebraler Impfung mit Pons- und Rückenmarksemulsion eines an Poliomyelitis gestorbenen Patienten gesund, während ein Affe 8 Tage nach intrazerebraler Impfung an typischer Lähmung verendete. Pathologisch-anatomisch (mikroskopisch) derselbe Befund wie beim Menschen. — Eine weitere intrazerebrale Impfung von der Emulsion des Gehirns und Rückenmarks vom Affen auf Kaninchen führte zu keinem Resultat, dagegen starb ein zweiter Affe wiederum 11 Tage nach der Operation an einer typischen Poliomyelitis. Die Verändungen im Gehirn und Rückenmark müssen also durch ein belebtes Virus, nicht etwa durch ein unbelebtes Gift erzeugt werden. **Ewald**-Hamburg.

44) **W. Knöpfelmacher** (Wien). Experimentelle Uebertragung der Poliomyelitis anterior acuta auf Affen. (Mediz. Klin. 1909. 44.)

Nach den Feststellungen Wickmanns ist die Poliomyelitis und alle mit ihr zusammenhängenden entzündlichen Erkrankungen des gesamten Nervensystems eine kontagiöse Krankheit. Der Erreger ist noch nicht festgestellt, Kulturversuche waren negativ, ebenso Tierexperimente. Landsteiner und Popper injicierten verriebene Rückenmarkssubstanz eines an Poliomyelitis gestorbenen Kindes Mäusen, Kaninchen, Meerschweinchen und Affen intraperitoneal. Beide Affen erkrankten fieberhaft, starben und zeigten typische Poliomyelitis ant. Den Versuch am Affen wiederholte K.: 8 Tage nach der intraperitonealen Injektion Fieber, 3 Tage später werden die linksseitigen Extremitäten schwer bewegt, noch 1 Tag später Lähmung des linken Hinterbeines, weiter auch des rechten Beines; getötet. — Eine Injektion vom Rückenmark dieses Affen auf einen



anderen hatte keinen Erfolg. — Die histologische Untersuchung des Rückenmarks ergibt diffuse, am stärksten in den Vorderhörnern ausgeprägte Entzündung. **Ewald**-Hamburg.

45) **Landsteiner** (Wien). Bemerkungen zu der Mitteilung von P. Krause und E. Meinicke. Zur Aetiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung.

Deutsche med. Woch. 1909. N. 45. S. 1975.

L. weist darauf hin, dass es ihm bereits vor Krause und Meinicke gelungen sei, durch intraperitoneale Verimpfung von Rückenmark eines akuten Poliomyelitisfalles bei zwei Affen das charakteristische Symptomenbild und den typischen pathologisch-anatomischen Befund der Poliomyelitis hervorzurufen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

46) **Vieten.** Die akute spinale Kinderlähmung als epidemisch Infektionskrankheit. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1909. 20.)

Den unmittelbaren Anlass zu diesem Aufsatz gab die gegenwärtige Epidemie der Poliomyelitis anterior acuta in Westfalen, in dem der Verf. in gedrängter Kürze eine Darstellung dieser Erkrankung gibt, ohne etwas Neues zu bringen. **Blencke**-Magdeburg.

47) **G. Hohmann** (München). Zur Behandlung des Frühstadiums der Poliomyelitis ant. acuta. (Münch. med. Woch. 1909. 49.)

Um der im Vordergrunde der Erscheinungen stehenden Schmerzhaftigkeit im Rücken bei frisch an Poliomyelitis Erkrankten vorzubeugen, hat Lange in 2 Fällen ein Gipskorsett ganz wie bei der Spondylitis angelegt und damit die Wirbelsäule und das Rückenmark ruhig gestellt. Es ist möglich, dass dadurch auch der Krankheitsprozess günstig beeinflusst wird. **Ewald**-Hamburg.

48) **Aug. Wilson** und **Ch. H. Muschlitz** (Philadelphia). The painful feet of Raynaud's disease.

Amer. journ. of orth. surg. 1909. 4.

Nach Bericht über einen Fall von Raynaudscher Krankheit (Ischämie, Cyanose, Gangrän an den Extremitäten, namentlich Fingern und Zehen) gelangen die Verf. zu folgenden Schlüssen: Die Symptome treten gewöhnlich doppelseitig auf und zwar meist bei Frauen von 28—35 Jahren. Wird die Krankheit bei Kindern beobachtet, so ist Lues zu vermuten. Manchmal kommt sie mit



dem Gelenkrheumatismus zusammen vor. Die Kranken sollen nur in mittlerer Temperatur leben und nicht zu viel stehende Arbeit verrichten. Kalt baden ist verboten. Orthopädische Stiefel und wollene Strümpfe sind zweckmässig, nicht dagegen Einlagen. Jeglicher operative Eingriff ist kontraindiciert. **Ewald**-Hamburg.

49) **González.** Curación rápida de las neuralgias por las inyecciones de oxigeno. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. No. 1097 v. 7. 11. 09.)

G. hat die Methode der Sauerstoffeinblasung für verschiedene Erkrankungen erfolgreich angewandt. Er berichtet über 5 schwere Fälle von Ischias, über 2 Fälle von Intercostalneuralgieen und über einen Fall von rheumatischer Arthritis. Die Einblasungen wurden mit einem feinen Troikart gemacht, welcher seitliche Oeffnungen hatte. G. glaubt, dass es sich nicht um eine chemische, sondern um eine rein mechanische Wirkung des Sauerstoffs handelt.

Stein-Wiesbaden.

50) **Kron** (Berlin). Peripherische Nerven und Unfall.
Deutsche med. Wochenschr. 1909. Nr. 22. S. 969.

Nervenlähmungen können nicht nur durch direkte Verletzungen (Frakturen, Verwundungen etc.) zustande kommen, sondern auch durch indirekte Gewalt. So z. B. beobachtete K. partielle Plexuslähmungen dadurch, dass die Wurzeln bei stark eleviertem Arm zwischen erster Rippe und Clavicula gequetscht wurden. Auch kann ein Nerv durch starke Muskelkontraktionen gegen einen Knochenvorsprung gequetscht und dadurch geschädigt werden. Neuritis ascendens wird selten beobachtet, am ersten noch von einer nicht aseptischen Wunde ausgehend. Bei frischen Verletzungen muss sorgsam auf Störungen der Motilität und Sensibilität geachtet werden. Bei Lähmung einzelner Muskeln ist sehr oft ein ziemlich weitreichender Ersatz durch die Mitarbeit benachbarter Muskeln zu beobachten. Organische Nervenverletzungen sind im grossen und ganzen von hysterischen Lähmungen und von simulierten zu unterscheiden. Die Differentialdiagnose zwischen den beiden letzteren ist dagegen manchmal schwierig. Bei Durchtrennung des Nerven ist eine sofortige Wiedervereinigung angezeigt, bei subkutanen Verletzungen stellt sich die Funktion vielfach auch nach längerer Zeit noch wieder her. Bei Kompression durch Narben, Callus etc. wird eine operative Freilegung zu empfehlen sein.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

51) **Alfred Fuchs.** Ueber den klinischen Nachweis kongenitaler Defektsbildungen in den unteren Rückenmarksabschnitten. (Myelodysplasie.) (Wien. med. Woch. Nr. 37.)

Fuchs ermittelte einen Zusammenhang zwischen zahlreichen nervösen Störungen sowie Bildungsanomalien mit angeborenen Defektbildungen im unteren Rückenmarksabschnitt. Die Arbeit ist speziell für den Orthopäden von Interesse. **Spitzy**-Graz.

52) **Hindenberg.** Kombination von Faradisation oder Galvanisation mit Vibrationsmassage. (Münch. med. Woch. 1909. 49.)

Die Ansatzteile des bekannten Vibrationsapparates „Venivici" richtete H. als Elektroden ein, so dass er die Vibration mit dem Elektrisieren verbinden kann. Das Verfahren soll „besonders bei traumatischen Lähmungen peripherer Nerven von ungeheurem Nutzen" sein. **Ewald**-Hamburg.

53) **Pescatore** (Ems). Einige Atemübungen. (Deutsche mediz. Woch. 1909. Nr. 40. S. 1754.)

P. empfiehlt Atemübungen nach den Schwingungen eines Pendels vorzunehmen zur genauen Regulierung der Zeit der Ein- und Ausatmung. Eine möglichste Entleerung der Residualluft wird erreicht, wenn der Patient sich im Sitzen aus der etwas rückwärts geneigten Stellung bis zum spitzen Winkel im Hüftgelenk nach vorn beugt. Speziell werden die Atemmuskeln geübt und eine Erweiterung des Thorax erzielt, wenn die Einatmung durch eine auf die Nase aufgesetzte Klemme erschwert wird, während die Ausatmung frei durch den Mund erfolgt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

54) **N. Allison** (St. Louis). Description of apparatus for the application of plaster-of-Paris bandages.
Americ. journ. of orth. surg. 1909. 4.

Beschreibung eines Lagerungsapparates zur Anlegung von Gipsverbänden für Rumpf und untere Extremitäten. Er ist eine Kombination von Goldthwaitschem Rahmen und Beckenstütze. **Ewald**-Hamburg.

55) **Chlumsky** (Krakau). Eine neue einfache Bandage zur Behandlung der beweglichen Niere. (Zeitschr. für orthopäd. Chirurg. XXIII. Bd. 1.—2. H. S. 219.)

Ch. beschreibt eine Bandage zur Behandlung der Wanderniere bestehend in einem gepolsterten Stahlband (Bruchbandfeder), das sich



um das Becken herumlegt, und von dem nach oben zu eine kurze Stahlfeder mit halbmondförmiger Pelotte abgeht, welche sich gegen die Niere legt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

56) **Orestano.** Cura chirurgica della paralisi faciale. Anastomosi facio-ipoglossica.

Adunanza dei Sanitari Ospedalieri di Palermo. 5 sett. 1909.

Redn. teilt den Fall eines 22 jährigen Individuums mit, welcher infolge eines ausgedehnten Kariesprozesses des Mastoid eine Läsion des rechten Facialisstammes im Canalis petrosus mit konsekutiver Lähmung der entsprechenden Gesichtshälfte erfuhr. Als nach Heilung von dem otitischen Eingriff die Gesichtslähmung nach 6 Monaten fortdauerte und die degenerative Reaktion des oberen und unteren Fazialis der rechten Seite festgestellt war, wurde die chirurgische Behandlung der Paralyse durch die Anastomose des peripheren Stammes des Fazialis mit dem zentralen Stumpf des Hypoglossus derselben Seite beschlossen. Der Operationsakt wurde ohne erhebliche Schwierigkeiten ausgeführt und erforderte 1 Stunde. Der Hypoglossus wurde ganz durchschnitten und, um eine genügende Länge für die Anastomose zu haben, nahe dem Abgang der absteigenden Schleife gespalten. Die Nervennaht geschah mit Seide. Der postoperative Verlauf war ein vorzüglicher. Sofort traten Störungen im Schlingen durch die Lähmung der rechten Zungenhälfte ein, deren Atrophie auch eine rasche war. Doch hörten diese Störungen nach ca. 5 Tagen auf. Der Pat. wird 22 Tage nach der Operation vorgestellt und zeigt bereits eine bedeutende Besserung des Trophismus und des Tonus der rechten Gesichtshälfte; auch das Kauen ist besser geworden, insofern jetzt der Bissen von der rechten Backe auf die linke befördert werden kann. Redn. behält sich eine ausführliche Mitteilung des Falles nach der vollständigen Rückkehr der Funktion im Gebiet des Facialis dext. vor.

Buccheri-Palermo.

57) **Purpura** (Rom). Sull'intervento chirurgico nella paralisi del faciale. (Gazzetta medica italiana 1909. Nr. 35. 36. und 37.)

Verf. schliesst:

1. Nach der vollständigen Durchschneidung des äusseren Astes des Spinalis zur Kreuzung desselben mit dem Fazialis bekommt man keine schweren Uebelstände, da nur die Atrophie des M. sternocleido-mastoideus und des Trapezmuskels auftritt. (!)

2. Ca. 40 Tage nach der Kreuzung des Spinalis mit dem Fazialis hat



bei der Pat. des Verf. als erste Erscheinung die Korrektion der Gesichtsasymmetrie eingesetzt, welche seitdem langsam fortschreitet.

3. Auf Grund der gegenwärtigen Kenntnisse sind für die operative Behandlung der Fazialislähmung die Anastomosen mit Knoptlöchern wobei sich nur eine geringe Anzahl von Nervenfasern beteiligen, nicht zu empfehlen.

Wahrscheinlich sind den partiellen Anastomosen des Fazialis mit dem äusseren Ast des Spinalis und mit dem Hypoglossus die Kreuzung Spinalis-Fazialis und die Kreuzung Hypoglossus-Fazialis vorzuziehen. Die Kreuzung Spinalis-Fazialis scheint ihrerseits vor der Kreuzung Hypoglossus-Fazialis den Vorzug zu verdienen. In dieser Hinsicht werden weitere Beobachtungen zu einem bestimmten Resultat führen können.

4. Die Kreuzung der Nerven ist mit besonderen Modalitäten vorzunehmen, um so gut als möglich das Gelingen des Eingriffes zu gewährleisten.

Buccheri-Palermo.

58) **M. Böhm** (Berlin). Beitrag zur Aetiologie des angeborenen Schiefhalses.

Berl. klin. Woch. 1909. 32.

Es sind beim angeborenen Schiefhals manchmal die Muskeln unverändert, so dass die Deformität eine andere Ursache haben muss. Diese Ursache hat B. in einer Knochenveränderung des Atlas und des „Occipitalwirbels" (Partie des Occiput, die um das Foramen magnum gruppiert ist) gefunden und stellt das Krankheitsbild des Torticollis cong. osseus auf. An Abbildungen werden cervico-occipitale Uebergangswirbel gezeigt, die durch Assimilation des Atlas zu den Occipitalwirbel entstanden sind. B. unterscheidet verschiedene Grade der Atlasassimilation, je nachdem weniger oder mehr Teile des Knochens mit dem Occiput verschmolzen sind und mehr oder weniger regressive Veränderungen sichtbar sind. Treten nun diese Prozesse der Verschmelzung und Auflösung asymmetrisch auf, so muss eine Schrägstellung des Schädels resultieren. — Es gibt noch andere Anomalien der obersten Halswirbelsäule, die auch einen Tortikollis erzeugen können, Verschmelzungen einer Hälfte der Wirbelbögen, Verschmelzung dreier Halswirbel und asymmetrische Resorption. Auch klinisch konnte B. durch Röntgenbilder den ossären Schiefhals sicherstellen (Atlas-Ankylose, Verschmelzung des 2. und 3. Halswirbels, Verschmelzung der drei obersten Halswirbel).

Ewald-Hamburg.



59) **v. Frisch** (Wien). Zur Frage der Therapie des angeborenen Schiefhalses. (Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXII. Bd. 4. H. S. 589.)

Verf. hat von den 23 Tortikollisfällen, die in der v. Eiselsbergschen Klinik zur Operation kamen, 18 nachuntersuchen können. Es haben danach die operativen Verfahren das beste Resultat ergeben. v. F. rühmt besonders die Erfolge der Operation nach Föderl, welcher in der Weise vorgeht, dass er die klavikulare Portion des Kopfnickers an ihrem Ansatzpunkt abtrennt und bis zu ihrer Vereinigung mit dem sternalen Teil frei präpariert. Der letztere wird an dieser Stelle durchtrennt und die beiden Muskelenden nach Korrektur der Kopfstellung mit einander vereinigt. Nach v. F.s Erfahrungen ergibt diese Methode sowohl funktionell wie auch kosmetisch die besten Dauerresultate. Von 10 Nachuntersuchten die nach Föderl operiert waren, war nur einer in ganz geringem Masse rückfällig geworden, da s. Z. eine Infektion des Bluteigusses eingetreten war.

Otendorff-Hamburg-Altona.

60) **Buccheri.** Sovra due casi die Spina Bifida.

Adunanza dei Sanitari Ospedalieri di Palermo. 6 giugno 1909.

Redner stellt zwei kleine Mädchen vor, die eine kongenitale Anschwellung in der Lumbosakralgegend haben.

Aus dem Sitz des Tumors, der Anwesenheit von funktionellen Störungen im unteren Teil des Körpers, dem Fehlen einer weiten Wirbelöffnung, den äusseren Eigenschaften des Tumors kommt Redn. zu dem Schluss, dass die Varietät dieser Sp. B. diejenige ist, welche klinisch unter dem Namen Myelocystocele geht.

Buccheri-Palermo.

61) **Tumminia.** Un caso di spondilosi rizomelica o malattia di Pierre Marie.

L'Ospedale di Palermo 1909. fasc. III.

Der Fall betrifft einen 42 jährigen Tagelöhner. In der Kindheit machte Patient Masern, Diphtherie, später kroupöse Pneumonie und eine afebrile Myalgie an den Oberschenkeln durch. Mit zweiundzwanzig Jahren Erysipel etc., keine Tuberkulose, Gonorrhoe, Syphilis, Gicht. Die jetzige Krankheit begann vor 4 Jahren und befiel nach und nach den ganzen Körper mit Ausnahme der Schultern, der Oberextremitäten und der Füsse. Verf. glaubt, dass die Aetiologie in der mit den früheren Infektionen verknüpften allgemeinen Intoxikation zu suchen sei.

Buccheri-Palermo.

62) **Giordano** (Turin). Radiografia di un caso di spondilite rizomelica. (Policlinico Sez. prat. 1909. fasc. 47.)

Der Fall des Verf. betrifft einen 36 Jahre alten Weber. Nach der ausgeführten Röntgenographie und wegen des Fehlens jeder Aetiologie kann der Fall absolut nicht auf eine chronische Arthritisform zurückgeführt werden. Er bestätigt daher, was Marie, Lery und Bechterew über das Vorkommen dieses Krankheitsbildes behauptet hatten, nämlich dass die Spondylosis rhizomelica eine kompensatorische Ankylose der bestehenden Rarefaktionen d. h. einen Heilungsprozess darstellt, infolgedessen sie als ein besonderer, von den sonstigen Wirbelankylosen und namentlich von dem Gelenkrheumatismus abweichender Prozess, d. h. als eine primäre Ostitis rarefaciens mit sekundärer kompensatorischer Verknöcherung betrachtet werden muss. Die Zukunft wird zeigen, ob diese Form in verschiedene Abarten zerlegt werden kann oder nicht.

Buccheri-Palermo.

63) **Gaugele** (Zwickau). Zur Behandlung spondylitischer Lähmungen.

Arch. f. kl. Chir. 90. Bd. 4. H. p. 899.

Verf. tritt auf Grund eigener zahlreicher guter Erfahrungen für das modifizierte Calotsche Verfahren des Redressements bei Spondylitis namentlich bei Lähmungen ein. Er gibt einen sehr einfachen Apparat an, der an jeden Rahmentisch angeschraubt und mit dem auch der Druck auf den Buckel genau dosiert werden kann. G. führt das Redressement in Horizontallage aus. Die beigefügten 10 Fälle von Spondylitis mit Parese oder vollkommener Lähmung zeigen überraschend gute Resultate, und da G. unter 140 ausgeführten Redressements nur 1 mal eine vorübergehende Schwäche der Beine beobachtete, kann von einer Gefährlichkeit seiner Methode nicht gesprochen werden. Verf. stellt seine Erfolge in Gegensatz zu den bei der Laminektomie oft ausbleibenden Erfolgen.

Balsch-Heidelberg.

64) **P. Ewald** (Hambnrg). The mechanics of lateral curvature.

Amer. jour. of orth. surg. 1909. 4.

E. wendet sich — bei aller Anerkennung der mechanischen und klinischen Skoliosenuntersuchungen — gegen die einseitige Bevorzugung des peripheren Zugs für die Entstehung der Skoliose, wie ihn H. O. Feiss hervorzuheben und zu begründen versucht hat (s. Zentralbl. 1907 und 1908). Es spielen sicher ausser den pelvi-thorakalen Muskeln noch die Wirbelsäulenmuskeln eine ent-



scheidende Rolle. Ferner lässt sich der Versuch an Modellen nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen. Die Schlussfolge: asymetrischer Muskelzug am Thorax — Rippenverkrümmung, Wirbelsäulenverbiegung und-torsion — ist nicht absolut zwingend, plausibler erscheint eine umgekehrte Reihenfolge. Die eigentliche Aetiologie — für uns das wertvollste — ist noch nicht gefunden, das Entstehen der Skoliose dagegen, d. h. das mechanische Zustandekommen — hat mannigfache Förderung erfahren. Nur das können wir wohl mit Sicherheit annehmen, dass für die grosse Mehrzahl der Skoliosen Knochenprozesse irgend welcher Art primär zu einer Erweichung der Wirbel führen; unsere Aufgabe ist es, diese Knochenprozesse und die Möglichkeit ihres Zustandekommens zu erkennen und zu verhindern. **Ewald**-Hamburg.

65) **Hugo Sellheim.** Rotation und Torsion der Wirbelsäule als Reaktion auf Verbiegung. (Wien. med. Woch. 1909. Nr. 48.)

Eine äusserst lichtvolle Darstellung des Zusammenhanges zwischen Biegung und Rotation an einem Stabe von ungleichmässiger Biegsamkeit, wie die Wirbelsäule einen darstellt.

„Wird ein drehbar gelagerter und ungleichmässig biegsamer Stab verbogen, so dreht er sich mit seinem Biegungsfazillimum in die Verbiegungsrichtung."

„Dieser Satz gilt sowohl für die Mechanik der Skoliose als auch für die Mechanik der Geburt." **Spitzy**-Graz.

66) **E. Kirmisson** (Paris). Rapport à M. le directeur général de l' assistance publique, sur le fonctionnement du service orthopédique établi à Hendaye, pendant l'année 1907—08. Revue d'orth. 1909. 5.

Beschreibung des Skolioseninstituts in Hendaye, wo dauernd 50 Kinder der ärmeren Bevölkerung von Paris unter hygienisch günstigen Bedingungen behandelt werden. Die Besserung der Skoliosen macht überraschend gute Fortschritte (von 44 Kindern waren 10 geheilt, 30 gebessert, 4 nicht gebessert). Bei allen war nicht nur der Allgemeinzustand ein ausgezeichneter, sondern auch der Brustumfang hatte sich auch beträchtlich vermehrt, Wirbelsäulenverkrümmungen von 6—8 mm., ja von 20 mm. waren völlig korrigiert. Die Behandlung dauert ca. 4—12 Monate. **Ewald** - Hamburg.

67) **R. R. Fitsch** (Rochester, N.-Y.) Mechanical lesions of the sacroiliac joints. (American Journal oforthopaedic.surg. 1909. 4.)

Meist werden die Schmerzen in der Gegend der Sakro-iliacal-



gelenke als Lumbago oder als Ischias diagnostiziert und behandelt. Oft liegt aber eine direkte Gelenkläsion vor, sei es infolge Fall, Partus, schweren Hebens oder Distorsion oder infolge Neigung des Kreuzbeins nach langem Liegen, wo auch die Lumbalwirbelsäule in Mitleidenschaft gezogen ist. Lokaler Druckschmerz und Steigerung der Schmerzen bei Beugung des im Knie gestreckten Beines in der Hüfte sichern die Diagnose. Bei der Behandlung kommt es darauf an, der Lumbalwirbelsäule ihre normale Krümmung wiederzugeben und das Ileosakralgelenk durch einen fixierenden Verband, Gips oder ein festes Gewebe, der mindestens bis zu den Trochanteren reicht, festzustellen. In vielen Fällen werden daduch die Rücken- und die ischiadischen Schmerzen beseitigt. **Ewald**-Hamburg.

68) **Bardenheuer.** Beitrag zur Frage der operativen Behandlung der subkutanen akut-traumatischen kompleten Lähmungen der unteren Wurzeln des Plexus cervicalis. Arch. f. klin. Chir. 89. Bd. 4. H. p. 1040.

Subkutane akut-traumatische komplete Lähmungen des Plexus cervicalis können beruhen auf: 1. Zerreissung oder Ausreissung der Nervenfibrillen aus dem Rückenmark. 2. Durchquetschung der Nerven. 3. Starker Quetschung des Nervenbettes (Markscheide, bindegewebiges Gerüst) mit Zerreissung von Blut- und Lymphbahnen. 4. Leichtere Quetschung von Fibrillen und Markscheiden allein. Die letzten Fälle bieten günstige Prognose auch ohne operative Therapie. Gruppe 1 und 2 sind selten und erfordern unbedingt operativen Eingriff. Gruppe 1 die Implantation eines Drittels des benachbarten Nervenstammes in den gelähmten; Gruppe 2 die Nervennaht. Auf die 3. Gruppe aufmerksam zu machen, ist Hauptzweck dieser Arbeit. Die Lähmung kommt zustande durch Kompression der entzündlichen Infiltration und spätere Narbenschrumpfung des lädierten Nervenbettes. In 2 Fällen des Verf. waren die Nerven in ein traumat. Aneurysma der Art. brachialis eingebrochen. In diesen Fällen sollen möglichst frühzeitig die Nerven freigelegt und das paraneurale Gewebe exzidiert event. der Nerv mit Muskel unterpolstert werden. Je frühzeitiger operiert wird, umso besser sind die Heilungsaussichten, wie 2 von B. operierte Fälle (nach 24 Stunden, und nach 14 Tagen) die vollkommen in Heilung übergingen, zeigen. **Balsch**-Heidelberg.

69) **Siegfried Peltesohn.** Zur Kasuistik der Schlüsselbeinpseudarthrosen. (Mit 2 Abbd.) (Charité-Annalen XXXIII. Jahrg.)

20 jährige Patientin mit ungewöhnlicher Pseudarthrose des Schlüssel-



beins — Artikulation der beiden Fragmente durch einen vom akromialen Ende ausgehenden Knochenfortsatz. Die Pseudarthrose entstand nach Spontanfraktur intra partum. Gute Prognose bei Resektion mit anschliessender Knochennaht, besonders auch in kosmetischer Beziehung.

Natzler-Heidelberg.

70) **Heinecke** (Berlin). Ueber kongenitalen Schlüsselbeindefekt. (Zeitschr. für orthop. Chirurg, XXI. Bd. 4. H. S. 553.)

Besonders hervorzuheben ist in der obigen Veröffentlichung das häufige Vorkommen der Deformität in derselben Familie. Es fand sich unter zwölf Familienmitgliedern der Defekt 7 mal. Auch die charakteristische Schädelbildung (Vortreten der Stirn und Scheitelbeinhöcker) war in allen Fällen vorhanden. Verf. glaubt die Deformität nur mit der Annahme eines Vitium primae formationis erklären zu können, spez. die amniogene Entstehung lehnt er ab. Eine funktionelle Störung bestand bei H.s Patienten nicht, dagegen liess sich bei einzelnen eine abnorme Beweglichkeit der Schultern feststellen.

Ottendorff- Hamburg-Altona.

71) **Heinecke** (Berlin). Nachtrag zu meiner Arbeit: "Ueber kongenitalen Schlüsselbeindefekt." (Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXIII. Bd. 1.—2. H. S. 267.)

H. führt nachträglich noch eine von Klar über das gleiche Thema in dieser Zeitschrift veröffentlichte Arbeit an, wodurch sich die Gesamtzahl der bisher veröffentlichten Fälle auf 46 stellt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

72) **Couteaud**. Traitement des fractures de la clavicule par la position. (Behandlung der Claviculafraktur durch entsprechende Lagerung.)

Revue de chir. Bd. 40. S. 571.

C. empfiehlt eine sehr einfache Methode zur Behandlung der Claviculafraktur. Sie besteht darin, dass der Pat. in Rückenlage am Rande des Bettes liegt und der Arm senkrecht in voller Länge aus dem Bett heraushängt. Nach 24 Stunden kann der Arm im Ellenbogengelenk gebeugt und der Unterarm durch ein Kissen etc. gestützt werden. Diese Lage soll 2—3 Wochen eingehalten werden. Das eintretende Oedem des Armes lässt sich durch Einwicklung der Extremität in Schranken halten. Verf. rühmt nach seinen und anderer Chirurgen Erfahrung dieser Behandlungsmethode sehr gute Erfolge in Bezug auf Funktion und in ästhetischer Beziehung nach.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



73) **J. E. Goldthwait** (Boston), **an anatomic and mechanical Study of the shoulder-joint, explaining many of the cases of painful shoulder, many of the recurrent dislocations and many of the cases of brachial neuralgias or neuritis.**

Americ. journ. of orth. surg. 1909. 4.

G. unterscheidet 3 Gruppen von Schultererkrankungen:

1. Schmerzen im vorderen Teil des Gelenks, Rotationsbehinderung. Die Schmerzen werden bei der Arbeit schlimmer, oft liegt ein Trauma, manchmal Rheumatismus als Ursache zu Grunde. Behandlung: Ruhe, Massage, Heissluft. Besserung gewöhnlich in einigen Tagen, manchmal aber auch erst nach vielen Wochen.

Eine viel kleinere Gruppe zeigt als Hauptsymptom eine Schwäche im Schultergelenk, mit habitueller Dislokation des Kopfes. Die Schmerzen sind ziemlich erheblich, die Therapie ist oft machtlos.

3. Es werden in den Arm ausstrahlende Schmerzen angegeben die oft einem Nervengebiet (am häufigsten dem nerv. ulnaris) folgen. Bei gewissen Armhaltungen verstärken sich die Schmerzen.

Unter Berücksichtigung der Anatomie des Schultergelenks wird verglichen die Skapula in straffer, an den Thorax angelegter Stellung, mit dem flügelförmigen Abstehen des Schulterblatts beim runden Rücken, wobei besonders das Verhältnis des proc. coracoideus zum Humeruskopf berücksichtigt wird.

Man erkennt, dass bei schlaff herabhängender Skapula die Beweglichkeit des Arms zwar um 50—60° zunimmt, dafür aber an Stabilität verliert. — Bei den anatomischen Studien ist G. auch die variable Form und Verlaufsrichtung des processus coracoideus und Akromion aufgefallen, woraus in jedem Falle eine vermehrte oder verminderte Beweglichkeit des Arms im Schultergelenk resultieren muss. (Ist z. B. der proc. coracoideus lang und nach unten gerichtet, so wird die Bewegung des Arms nach vorn behindert sein.)

Unter diesen eigentümlichen Verhältnissen ist schon bei geringen Traumen eine Verletzung des Schultergelenks möglich. Akromion und proc. coracoideus sind also bei allen Veränderungen des Schultergelenks zu beachten. — Ferner aber auch die bursa subacromialis und subcoracoidea, deren Entzündungen oft mit Gelenkerkrankungen verwechselt werden. (Lokalisation der Schmerzen, Bewegungsbehinderung ganz bestimmter Natur!) Schwerer werden die Erscheinungen, wenn sich in den Schleimbeuteln Adhäsionen gebildet haben, die beschränkten Bewegungen werden dann zu unmög-

lichen. — Manchmal breiten sich die Schmerzen nach Art einer Neuritis über den ganzen Arm aus. Namentlich durch Lageveränderung des Humeruskopfes (in der Nacht!) kann es zu grossen Beschwerden kommen. — Die Brachialneuralgie ist keine eigentliche Neuritis, sondern kommt durch Druck des Humeruskopfes auf einen Teil des Armplexus zustande. Charakteristisch und erklärend ist immer die nach vorn fallende Schulter, wobei der Kopf schliesslich auf die zweite Rippe zu liegen kommt, auf der auch der Plexus, speziell der Ulnaris liegt. — So sind auch einzelne Fälle von Schreibkrampf zu erklären!

Behandlung: zunächst Beseitigung der nach vorn hängenden Schulter und damit Aufheben jedes unzweckmässigen Drucks auf Schleimbeutel oder Nerven; dann Manipulationen des Arms in Narkose, Bewegungen nach vorn, nach der Seite, zuletzt nach oben, Rotation nach innen und aussen. (Vorsicht! — denn bei Adhäsionen der Bursa ist es infolge brüsker Bewegungen schon zu Humerusfrakturen gekommen.) Nachdem die volle Beweglichkeit erreicht ist, soll die Skapula mittels Heftpflasterstreifen in der richtigen Lage gehalten werden. Dann Heissluftbad und nach einigen Tagen Gebrauch des Arms, immer mit richtig fixierter Skapula.)

Ist die Form des proc. coracoideus ein Ausgangspunkt andauernder Beschwerden, so sollte die Spitze des Fortsatzes operativ entfernt werden. — Auch bei habituellen Luxationen und Brachialneuralgien leistet die Fixation der Skapula meistens gute Dienste.

Ewald-Hamburg.

74) **M. Bernhardt** (Berlin). Ueber einige ätiologisch interessante Fälle von Schulterarmlähmung nebst Bemerkungen zur Pathologie der Halsrippen.

Berlin. klin. Woch. 1909, 31.

1. Arbeiter kann seinen Arm nicht heben. Lähmung der unteren und mittleren Abschnitte des rechten Trapezius und des Serratus. 4 Monate vorher hatte der Mann eine Hüftgelenksoperation überstanden, dabei viel Blut verloren und lange gefiebert. B. führt die Lähmung des Nerv. thoracicus longus und einiger Aeste des Accessorius darauf zurück. Therapie ohne Erfolg.

2. Serratuslähmung nach Clavikularbruch; Kontusion des Nerv. thoracicus longus. Therapie erzielte befriedigendes Resultat.

3. Eine 32 jährige Frau verspürte seit ca. 1 Jahre Paraesthesien und Schwächezustände im rechten Arm, die immer mehr



zunahmen. Eine rechtseitige Cervicalrippe wurde operativ entfernt, ohne viel Besserung zu bringen. Es bestand die sogenannte Duchenne-Erbsche Lähmung mit Beteiligung der Schultergrätenmuskeln. (Lähmung des Deltoideus, der Beuger des Unterarms [biceps, brachialis int., coracobrachialis], des supinator longus).

Dass Halsrippen lange Jahre keine Erscheinungen zu machen brauchen, ist bekannt, ebenso dass ein kleiner Unfall oder Ueberanstrengung Beschwerden auslösen können. So können sich auch Jahre lang nach einer Entzündung oder Verletzung des Ellenbogengelenks Lähmungserscheinungen im Ulnarisgebiet einstellen. — Gewöhnlich liegt bei der Halsrippe keine Lähmung, sondern nur eine Schwäche der Armmuskeln vor, und fast immer werden die kleinen Handmuskeln als gelähmt geschildert. Die Operation der Halsrippe scheint oft das Leiden nur zu verschlimmern und sollte nur bei aussergewöhnlich starken Schmerzen im Arm vorgenommen werden.

Ewald-Hamburg.

75) **A. Hofmann** (Offenburg). Rhombus und automatisch wirkende Extensionsschiene zur Behandlung von Oberarm- und Schultergürtelbrüchen.

Münch. med. Woch. 1909. 46.

Das Extensionsverfahren, das Zuppinger für die untere Extremität ausgebildet hat, wird bekanntlich durch 3 Punkte charakterisiert: 1. Semiflexion der Gelenke, 2. Bewegungsfähigkeit der Gelenke, 3. Umsetzung der Eigenschwere des zu extendierenden Gliedes in Extensionszug.

Die H.'schen Apparate wirken nach Art des Middeldorpfschen Triangels und stellen eine Verbindung von Drahtschienen und elastischen Zügen dar. Eine nähere Beschreibung kann im Referat nicht gegeben werden. **Ewald-Hamburg.**

76) **Ledderhose** (Strassburg). Zur Frage der Ruptur des Biceps brachii.

D. Zeitschr. f. Chir. 101. Bd. 1.—2. H. p, 126.

Auf Grund seiner Erfahrungen und der von ihm beobachteten Fälle ist Verf. geneigt, das Vorkommen der indirekten traumatischen Bicepsruptur sehr zu bezweifeln. In der überwiegenden Mehrzahl handelt es sich um Fälle mit krankhafter Veränderung an der Bicepssehne (z. B. bei Arthritis deformans). Es handelt sich also auch nicht um eine Ruptur an der Muskelsehnengrenze des oberen Bauches, sondern um ein Abgleiten der veränderten Sehne. Direkte



Zerreissungen des muskulären Bicepsteiles sind wiederholt beobachtet worden, dagegen sind die als Muskelhernien beschriebenen Veränderungen fast stets die oben beschriebene Dislokation des äusseren Bicepsbauches. Die Luxation des äusseren Bicepsbauches nach abwärts kommt ebenfalls meist als Folge von chron. Gelenkveränderungen spontan zustande. **Balsch**-Heidelberg.

77) **Carrasco.** Tumor maligno del hombro-amputación inter-Escapulo-toracica. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. No. 1099 v. 21. 11. 09.)

Mitteilung eines Falles von Sarkom des Oberarms bei einem 14jährigen Mädchen. Es wurde erfolgreich die Wegnahme des ganzen Schultergürtels vorgenommen. C. macht diese grosse Operation mit Unterbindung der grossen Gefässe in der Achselhöhle.

Stein-Wiesbaden.

78) **Dollinger.** Die operative Einrenkung veralteter Ellbogenverrenkungen.

D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 100. p. 38.

Auf Grund von 34 Fällen veralteter Ellbogenluxationen fasst Dollinger seine Erfahrungen folgendermassen zusammen. Die unblutige Reposition in Narkose ist nur bei Fällen bis zu 3 Wochen zu versuchen. In älteren Fällen sind solche anatom. Veränderungen vorhanden, dass eine unblutige Reposition unmöglich. Die blutige Reposition unter Erhaltung der Seitenbänder ist nur in wenigen Fällen möglich und nicht zu forzieren, da sonst Quetschungen der erweichten Gelenkenden zu Schädigungen für die spätere Funktion führen könnten. Daher verfährt D. jetzt meist so: Schnitt auf der Aussenseite des Gelenkes zwischen lateral. Tricepskopf und Brachioradialis. Aeusseres Seitenband wird abgemeisselt, Vorderarm wird eingeknickt und an die innere Seite des Oberarmes gelegt, sodass die Gelenkenden inspiziert werden können. Ist die Veränderung derselben derart, dass eine physiologische Funktion ausgeschlossen scheint, wird reseziert, sonst die Reposition durch Hebelung des Vorderarmes über den Innenrand der Trochlea humeri bewirkt. Das Seitenband wird wieder angenäht. Die funktionellen Resultate, die D. mit dieser Methode der blutigen Reposition erzielte, übertrafen bedeutend diejenigen, die er bei der Resektion erzielen konnte. Er wendet daher letztere nur mehr in den obengenannten Ausnahmefällen an. **Balsch**-Heidelberg.



79) **Nehrkorn** (Elberfeld). Zur operativen Behandlung der ischämischen Vorderarmkontraktur.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXIII. Bd. 1—2. H. S. 214.

N's Pat. hatte 20 Jahre vorher im 4. Lebensjahre eine ischämische Lähmung der Vorderarmmuskulatur erlitten, die zu einer sehr erheblichen Beugekontraktur im Handgelenk geführt hatte. In zwei Sitzungen mussten die Handbeugemuskeln plastisch verlängert werden und in einer dritten wurden Teile des Radius und der Ulna reseziert, um die zum Teil auch durch Deformierung der peripheren Abschnitte der Unterarmknochen bedingte Kontraktur völlig zu korrigieren. Die Hand, die vorher trotz der enormen Verbildung ziemlich geschickt gewesen war, wurde durch Uebungen, Massage, Bier'sche Stauung, die auch im Intervall zwischen den einzelnen Operationen angewandt wurden, zu einem vollkommen brauchbaren Gliede. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

80) **Maffi.** Contributo allo studio delle resezioni osteoplastiche delle ossa dell'avambraccio.

Rivista veneta. 31 luglio 1909.

Verf. berichtet über die sogenannte osteoplastische Resektion des Vorderarmes. Die Methode bietet gegenüber den anderen den Vorteil, dass sie dem Chirurgen eine ausgedehntere Resektion erlaubt, welche nach oben bis an die Hauptmuskelinsertionen gehen kann. Die Hand auf der Seite der Resektion erfährt keine Deviation oder nur in sehr geringem Grad, da die Handwurzel einen kräftigen Stützpunkt findet, der hinreichend die resezierte Portion ersetzt. Das Funktionsvermögen der Hand wird nicht allzu sehr verändert, sondern nur in seiner Potentialität herabgesetzt. Da der interepiphysäre Knorpel des in situ gelassenen Knochens erhalten bleibt. so tritt bei den jugendlichen Operierten keinerlei Hemmung in dem Wachstum desselben ein. **Buccheri**-Palermo.

81) **Lieblein** (Prag). Zur Kasuistik und Aetiologie der angeborenen Verwachsung der Vorderarmknochen in ihrem proximalen Abschnitte. (Zeitschr. f. orthop. Chir. XXIV. Bd. 1—2 Heft. S. 52.)

L. beschreibt einen der ziemlich seltenen Fälle von Supinationsbehinderung infolge Verwachsung der beiden Unterarmknochen in ihrem proximalen Abschnitt. Verf. glaubt als Erklärung eine Störung der Osteogenese annehmen zu müssen, die zu einer Verwachsung der beiden Knochen mit einander geführt hat. Da dabei



nur die Ulna mit dem Humerus in Kontakt blieb, so erfolgte eine Ausbildung des Gelenks nur zwischen diesen beiden, während das Humeroradialgelenk unausgebildet blieb. Warum diese Störung eintritt, ist nicht zu sagen, doch lässt das hereditäre Vorkommen darauf schliessen, dass die Ursache im Fötus selbst gelegen ist, dass es sich um einen Keimfehler handelt. Entstehung durch mechanische Einflüsse (Druck des Amnions) glaubt Verf. auschliessen zu müssen wegen der oft beobachteten Symmetrie und weil die Wirkung eines Druckes auf die im Uterus wenig exponierten Arme kaum anzunehmen ist. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

82) **Granier** (Frankfurt a. d. Oder). Ueber typische Brüche von Handwurzelknochen. (Deutsche med. Woch. 1909 Nr. 21. S. 928.)

Eine Teilung des Navikulare kann unter Umständen auch angeboren vorkommen, in den allermeisten Fällen von Zweiteilung hat man es jedoch mit Residuen einer Fraktur zu tun. Es sind diese Brüche keineswegs so selten, als früher angenommen wurde, weniger häufig kommen die Frakturen des Lunatum vor, und die Brüche anderer Handwurzelknochen werden nur ganz ausnahmsweise beobachtet. Die Navikularfraktur kommt als Rissbruch, Kompressions- und Biegungsbruch vor. Die Diagnose lässt sich aus der Verdickung und Schmerzhaftigkeit der Kahnbeingegend und der Behinderung der Radialabduktion und Dorsalflexion bereits mit grosser Wahrscheinlichkeit stellen, doch ist zur sicheren Diagnose eine Röntgenaufnahme unbedingt erforderlich, und zwar in Ulnarabduktion der Hand, da sonst die Bruchenden sich über einander schieben. 6 Krankengeschichten illustrieren die Verhältnisse näher. Die sehr viel selteneren Lunatumbrüche entstehen durch Kompression. Klinisch ist Verdickung und Schmerzhaftigkeit an der Stelle des Mondbeins zu konstatieren, auch ist die Volarflexion stets eingeschränkt. Röntgenaufnahme ist auch hierbei sehr am Platze. Die Prognose derartiger Verletzungen ist im grossen und ganzen wegen häufig eintretender Arthritis nicht sehr günstig. Bei frischen Navikularfrakturen ist eine Fixation des Handgelenks auf 14 Tage in Volarflexion und Radialabduktion zu empfehlen, da in dieser Stellung am ersten auf Konsolidation der Bruchstücke zu rechnen ist. Danach Bewegungen und Massage. Für sofortige Massage oder operative Entfernung der Fragmente kann sich Verf. nicht erwärmen. Auch Lunatumbrüche sind, besonders wenn schon



längere Zeit verflossen ist, nicht für die Exstirpation des gebrochenen Knochens geeignet. Frühzeitige Massage, Bäder und Heissluftbehandlung sind am ersten zu empfehlen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

83) **Lange.** Beiträge zu den Verletzungen der Handwurzelknochen. (Diss. Jena. 1909.)

L. bringt in der vorliegenden Arbeit eine ausführliche Zusammenstellung des in der Literatur beschriebenen, zugänglichen, diesbezüglichen Materials, das zur Kenntnis der seltenen Verletzungen der Handwurzelknochen beitragen soll, und fügt dieser die in der chirurgischen Poliklinik zu Jena beobachteten Fälle an. Es handelte sich um eine Kompressionsfraktur des os lunatum mit Dislokation nach der dorsalen palmaren Seite in fünf Fällen und in einem weiteren Fall um eine Fraktur des os naviculare mit Luxation des os lunatum.

Blencke-Magdeburg.

84) **R. Leriche** (Lyon). Sur un cas de maladie de Madelung bilatérale.

Revue d'orth. 1909. 6.

Madelung's Deformität hat verschiedene Ursachen, am häufigsten dürfte es sich um eine entzündliche Erweichung der Vorderarmknochen oder der Gelenkbänder handeln. Unter den Krankheiten, die zur Erweichung führen, ist vor allem die Tuberkulose zu nennen. In dem mitgeteilten Fall eines 15 jährigen Hutmacherlehrlings, der die Deformität beiderseits aufwies, zeigte das Röntgenbild Verschwundensein der medialen Hälfte der Epiphysenlinie, ferner eine leichte Inkurvation des Radius. Mit Poncet müsste man an eine vorzeitige Ossifikation an der medialen Hälfte der Epiphysenlinie denken, veranlasst durch eine unbekannte Infektion, wie es auch bei Läsionen infolge entzündlicher Tuberkulose der Fall ist. (Und das doppelseitig und symmetrisch? Ref.)

Ewald-Hamburg.

85) **Hilgenreiner** (Prag). Zwei Fälle von angeborener Fingergelenksankylose, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der seltenen Spaltbildungen der Hand.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XXIV Bd. 1—2 Heft. S. 23.

Schilderung zweier Fälle von Ankylose des 1. Interphalangealgelenks des 5. Fingers bei Mutter und Kind, wozu bei der Mutter noch eine Spaltbildung zwischen 4. und 5. Finger hinzukam. Verf. unterscheidet nach seinen Fällen und den aus der Literatur gesammelten 1) solche, die durch mechanische Einflüsse entstanden sind,



wie sich durch andere zugleich vorkommende Missbildungen verrät und 2) solche, bei denen die Verbildung durch Aenderung der Entwicklungstendenz des Fötus bedingt ist. Von letzteren ist wieder ein Teil als regressive Veränderung aufzufassen, da sich die Verschmelzung vorzugsweise zwischen Mittel- und Endglied abspielt und meistens den kleinen Finger betrifft (nach Analogie der kleinen Zehe), eventuell radialwärts auch andere Finger mit einbegreift. In einer zweiten Kategorie tritt die Ankylosenbildung in überzähligen Gelenken auf, und es liegt dem eine progressive Entwicklungstendenz zu Grunde. Bei einer dritten Reihe von Fällen, wozu auch die des Verf. gehören, tritt die Ankylose im proximalen Interphalangealgelenk auf, teils in allen Fingern, teils in den ulnaren, ganz selten in den radialen Fingern. Gerade diese Fälle zeichnen sich durch ein äusserst zahlreiches Vorkommen innerhalb der betroffenen Familie aus. Eine weitere Gruppe bilden noch die Ankylosen im Metacarpophalangealgelenk und die letzte Abteilung die angeborenen Kontrakturen, die nicht zur Ankylose geworden sind. Letztere stehen im allgemeinen in Beugekontraktur, während die Ankylosen eine Streckstellung aufweisen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

86) **Sainz.** La flexion dorsal de los dedos (signo de Masini) en el nino. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. No. 1099. v. 21. 11. 09.)

S. hat an einem grossen Material von Kindern Untersuchungen über das sogenannte Masini'sche Zeichen vorgenommen. Dieses besteht bekanntlich darin, dass eine abnorme Flexionsfähigkeit der Finger im Sinne der Dorsalflexion als ein Degenerationszeichen aufgefasst wird. Es soll sich besonders fast bei allen Epileptikern finden. S. hat nun festgestellt, dass bei der Untersuchung von 87 Kindern im Alter zwischen 1 und 8 Jahren sich dieses Zeichen bei nicht weniger als 65 Kindern in mehr oder minder grosser Deutlichkeit nachweisen liess. In den meisten Fällen war das Zeichen doppelseitig, in einigen aber einseitig und betraf dann meistenteils die linke Hand. S. warnt daher davor, das Masini'sche Zeichen zu sehr zu verallgemeinern, und weist darauf hin, dass es jedenfalls erst nach Abschluss des Wachstums mit Sicherheit zu verwenden sei. **Stein**-Wiesbaden.

87) **Schloffer** (Innsbruck). Ruptur und Luxation der Streckaponeurose eines Fingers.
Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 90, 3. H. p. 543.

An die Beobachtung eines Falles von Ruptur der Streck-



aponeurose an der Mittelphalanx und Luxation der seitlichen Portionen volarwärts schliesst Verfasser genaue Studien über die Wirkungsweise der verschiedenen Portionen der Streckaponeurose und über das Zustandekommen der verschiedenen beobachteten Verletzungsarten. **Balsch**-Heidelberg.

88) **Al. Heschelin** und **E. Schapiro** (Odessa). Ueber zentrale Hüftgelenksluxation. (Berl. klin. Woch. 1909. 35.)

Eine 46 j. Frau war vor 22 Jahren in eine Grube gefallen, hatte danach 2 Wochen lang im Bett gelegen und musste seitdem hinken, da das linke Bein kürzer war. Erst in der letzten Zeit hat sie Beschwerden bekommen.

Verkürzung des linken Beins von 5 cm; Atrophie der Oberschenkelmuskulatur. Ueber der Mitte des linken Leistenbandes ist der Femurkopf zu fühlen, der alle Bewegungen des Beines mitmacht und bei Flexion verschwindet. Auch per vaginam fühlt man den Kopf. Das Röntgenbild zeigt, dass der Femurkopf durch das Acetabulum in das kleine Becken eingetreten ist. — 70% der Fälle von zentraler Luxation enden letal, in den übrigen 30% ist therapeutisch nicht viel zu erreichen, Bewegungsbeschränkung, Schwäche, Schmerzen in der Gegend des Nerv. femoralis, ischiadicus oder obturatorius werden mehr oder weniger immer vorhanden sein.

Ewald-Hamburg.

89) **Frangenheim** (Königsberg). Zur Pathologie der Osteoarthritis deformans juvenilis des Hüftgelenkes, über Coxa vara und traumatische Epiphysenlösung am oberen Femurende.

Bruns Btrg. z. kl. Chir. 65. Bd. 1. H. p. 19.

Es gibt, wie einige wenige Fälle in der Litteratur und 2 von Verf. in der Königsberger Klinik beobachtete Fälle beweisen, eine juvenile Form der Arthritis deform. im Hüftgelenk, sowohl nach Trauma wie ohne bekannte Ursache entstehend. Nach mikroskopischen Untersuchungen seiner Fälle ist Verf. geneigt die Knorpelfuge der Epiphysenlinie als Ausgangspunkt des Krankheitsbildes anzusehen. Der Schenkelkopf kann dabei wesentlich verkleinert, abgeschliffen sein = atrophische Form, ebenso aber auch stark vergrössert = hypertrophische Form.

Bezüglich der Aetiologie der Coxa vara adolescent. bekennt sich Verf. als Gegner der traumatischen Erklärung. Ein einwandfreier Fall von Coxa vara adolesc. ergab bei der mikroskopischen

Untersuchung Veränderungen an der Epiphysenlinie, weswegen Verf. hierin die primären Ursachen der Verbiegung sucht, ebenso auch für die Fälle von teilweiser oder vollständiger spontaner Epiphysenlösung. Echte traumatische Epiphysenlösungen bei gesunden jungen Menschen sind äusserst selten **Balsch**-Heidelberg.

90) **Savini-Castano** (Berlin). Ueber Veränderungen der Beckenpfanne bei Coxa vara infantum in Röntgenbildern. (Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXIII. Bd. 1.—2. H. S. 158.)

Die Untersuchungen ergaben leichte Asymetrien des Beckens bei einseitigem Vorhandensein des Leidens. Bei der angeborenen Coxa vara war die Pfanne fast regelmässig flacher und steiler, bei der rachitischen Form fand sich diese Veränderung sehr viel seltner. Eine Verdickung des Y-förmigen Knorpels war nur bei der angeborenen Verbiegung des Schenkelhalses festzustellen und fehlte völlig bei rachitischen Kindern. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

91) **Imminger.** Zwei Fälle von Schenkelhalsfraktur im Kindesalter.
Diss. München 1909.

I. geht zunächst unter Berücksichtigung der vorhandenen einschlägigen Literatur etwas allgemeiner auf die Schenkelhalsbrüche im Kindesalter näher ein, um dann die Krankengeschichten zweier Fälle von Schenkelhalsfraktur bei Kindern aus der Münchener chirurgischen Klinik folgen zu lassen. In dem ersten Falle handelte es sich um einen $3^3/_4$ Jahre alten Knaben. Es wurde ein nach oben ziehender Extensionsverband bei rechtwinklig gebeugtem Knie angelegt. Die spätere Nachuntersuchung ergab, dass der Junge, ohne zu hinken, gehen konnte; die Beweglichkeit war vollkommen frei; es bestand keine Massdifferenz. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen vierjährigen Jungen. Es wurde ein Extensionsverband bei gestreckter Stellung des Beines angelegt. Auch hier blieb das Hüftgelenk intakt; der Schenkelhalswinkel erschien um ca. 15° kleiner als auf der anderen Seite. **Blencke**-Magdeburg.

92) **Borchard** (Posen). Die operative Behandlung der Schenkelhalsbrüche besonders im jugendlichen Alter.
Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 100. p. 275.

Das funktionelle Resultat der Schenkelhalsbrüche ist noch sehr verbesserungsbedürftig. Verfs. Bemühungen auf diesem Gebiet ergaben folgende Erfahrungsgrundsätze: Bei der Fraktura subcapitalis kommt es wegen der schlechten Ernährung des Kopfes selten zur



knöchernen Heilung. Konservative Behandlung, sowie Naht des Kapselrisses, Knochennaht oder Nagelung bleiben ohne Erfolg, daher ist die primäre Exzision des abgebrochenen Kopfes Methode der Wahl. Ebenso gibt die Exzision des zentralen Bruchstückes bei Pseudarthrosen das beste funktionelle Resultat, besser als die Resektion.

Bei der Fraktura intertrochanterica oder solchen, die sich ihr nähern, kann Knochen- und Kapselnaht günstigere Heilungsverhältnisse schaffen und ist bei Zweifeln an dem Erfolg der konservativen Behandlung indiziert. Bei schlecht geheilten Schenkelhalsfrakturen ist die Keilosteotomie mit vorderer oberer Basis an der Bruchstelle indiziert. Der Hütersche Resektionsschnitt schafft dafür die übersichtlichsten Verhältnisse. **Balsch**-Heidelberg.

93) **Ortali** (Ravenna). Igroma della borsa trocanterica profonda.

Revista medica. Milano 1909. Nr. 9.

Das Hygrom der Bursa trochanterica profunda ist selten zu beobachten. In der Literatur hat Verf. nur wenige Fälle finden können. In seinem Falle handelte es sich um ein 20 jähriges Landmädchen, bei dem sich seit ca. 3 Jahren eine etwas über mannsfaustgrosse, ovale, fluktuierende nicht schmerzhafte Geschwulst in der Nähe der rechten Hüfte und zwar vor der äusseren Fläche des grossen Trochanter entwickelt hatte. Nie hatte Patient ernstliche Beschwerden dadurch gehabt. Bei der Operation zeigte sich die Geschwulst, die leicht auszuschälen war, nach hinten gestielt, und durch den Stiel gelangte man in die Bursa trochanterica profunda, welche nicht vergrössert erschien. Die Zyste enthielt ca. 100 cbcm. strohgelber klarer Flüssigkeit. Inbezug auf die Aetiologie der Hygrome wären inbetracht zu ziehen neben dem Trauma besonders die Tuberkulose, rheumatische Einflüsse, Syphilis. Die Behandlung soll in der Totalexstirpation der Bursa bestehen.

Buccheri-Palermo.

94) **W. G. Turner.** Notes on the pathological anatomy of congenital Hip dislocation.

Amer. journ. of. orth. surg. 1909. 4.

Gewöhnlich entsteht die Hüftluxation intrauterin, ziemlich selten intra partum, in einigen wenigen Fällen erst später. Die Bemerkungen bezgl. Therapie bieten dem Orthopäden nichts neues; im allgemeinen folgt T. der Lorenzschen Methode der Reduktion und Fixation.

Ewald-Hamburg.



95) **Alfred Saxl.** Ueber das Trendelenburgsche Phänomen bei der angeborenen Hüftverrenkung. (Wien. klin. Woch. 1909. Nr. 38.)

Das Zustandekommen des Phänomens wird nach den Theorien von Trendelenburg und Lorenz erörtert. Das Hauptgewicht legt Saxl auf die bekannte Verschiebung der Insertionspunkte der Beckenheber an Schenkel und Hüfte und dadurch bedingte relative Insuffizienz, insbesondere des Glutäus medius. **Spitzy**-Graz.

96) **Küster.** Zur Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 100. p. 52.

Verf. berichtet über 10 Fälle kongenital. Hüftluxation aus der Marburger Klinik und will damit beweisen, dass die Behandlung derselben nicht nur in spezialistisch betriebenen orthopädischen Anstalten durchgeführt werden kann und namentlich den Universitätskliniken nicht verloren gehen darf. Die 10 Fälle mit 15 luxierten Gelenken ergaben 11 mal vollkommene Heilung — nach Angabe der Eltern —. Im ganzen sind Reluxationen im Verband nach der Reposition auffallend häufig, über die Verbandmethode erfahren wir jedoch nur wenig, und scheint die Verbandperiode i. allg. eine sehr kurze gewesen zu sein. Die Forderungen, die Verf. an seine Erfahrungen knüpft: möglichst frühzeitige Reposition, genaue Röntgenkontrolle u. a. sind die bekannten Grundsätze der Luxationstherapie.

Baisch-Heidelberg.

97) **Rizzuto** (Palermo). Cinque casi di disarticolazione della coscia.

L'Ospedale di Palermo 1909. fasc. 3.

Verfasser benutzte für die Exartikulation das Verfahren von Tricomi. Dasselbe ist folgendes.

1. Tempo. Ischämie, Durchschneiden der Arteria und der Vena fem. unter dem Fallopschen Bogen zwischen zwei Ligaturen, Einstechen von zwei gekrümmten 30 cm. langen Nadeln, welche durch sämtliche Weichteile von vorn nach hinten durchgehen, die eine die äussere Hälfte, die andere die innere Hälfte des Femurhalses konturierend, und welche mit ihren Spitzen etwas vor dem Tuber ischii austreten. Die Nadeln wenden ihre Konvexität gegen den Femurhals, und die Weichteile, die sie in ihrer Konkavität einschliessen, werden mittels eines dicken in Form von einer 8 zwischen den vorspringenden Partien einer jeden Nadel durchgeführten Gummischlauches komprimiert.



2. Tempo. Bildung zweier seitlicher Lappen. Ausgehend von der bereits für die Unterbindung der Femoralgefässe gemachten Inzision werden zwei seitliche Lappen umschnitten und abgelöst. Die Inzision wird nach hinten bis an die Tuberositas ischii zwischen den Enden der Nadeln geführt.

3. Tempo. Exartikulation.

4. Tempo. Definitive Blutstillung und Naht der Wunde. Da die Gummischläuche eine perfekte provisorische Blutstillung sicherten, braucht nur noch allmählich zuerst der eine und dann der andere Schlauch gelockert zu werden, um mit Ruhe die Blutstillung der beiden Lappen vorzunehmen. Darauf Naht.

Nach diesem Verfahren hat Verf. fünf Fälle mit glänzendem Resultat operiert. **Buccheri**-Palermo.

98) **Gil.** Compresión extraperitoneal de la arteria iliaca primitiva, en la desarticulación coxofemoral.

Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1083 v. 21. 7. 09.

G. empfiehlt für die Exartikulation des Hüftgelenks eine Methode der extraperitonealen Kompression der Arteria iliaca communis. Dieselbe wird in der Weise ausgeführt, dass der Kranke, ähnlich wie bei einer Nierenoperation, auf die gesunde Seite gelagert und ihm eine Rolle untergeschoben wird. Darauf wird eine Inzision in der Länge von 7—8 cm gemacht, welche einen nach vorn konkaven Bogen macht und 2 oder 3 cm von der Mitte der Crista ilii beginnt und nach der zwölften Rippe hinführt. Im unteren Wundwinkel werden die Bauchmuskeln in einer Ausdehnung von 5 bis 6 cm stumpf durchtrennt. Darauf wird die Aponeurose durchschnitten. Das hierdurch freigelegte Peritoneum wird zurückgeschoben und man gelangt leicht an die Arteria iliaca communis. Diese wird darauf von einem Assistenten mit Zeige- und Mittelfinger der je nach der Seite des Kranken in Betracht kommenden Hand komprimiert, und darauf der Patient wieder zur Vornahme der eigentlichen Operation auf den Rücken gelagert. Der Vorteil dieser Operation vor der intraperitonealen Kompression besteht hauptsächlich darin, dass man vermeidet, die zarte Vene mit zu komprimieren, deren Wände bei langdauerndem Druck leicht Schaden nehmen können. Ausserdem kommt natürlich sehr wesentlich in Betracht, dass man das Peritoneum nicht zu eröffnen braucht, dass man die zu komprimierende Arterie genau sieht, und dass es sich um eine verhältnismässig sehr leicht heilende Wunde handelt. Bei sehr fetten Patienten macht die Operation natürlich etwas mehr Schwierigkeiten, aber sie ist auch hier gut ausführbar. **Stein**-Wiesbaden.



99) **G. Zancarini** (Mailand). Zur Behandlung der Oberschenkelbrüche bei Neugeborenen.

Münch. med. Woch. 1909. 46.

Z. empfiehlt bei der Behandlung der bei der Geburt acquierierten Oberschenkelbrüche das altbekannte Verfahren, das frakturierte Bein an den Körper des Kindes anzubandagieren. Mitteilung von 3 Fällen, die ohne Dislokation oder Verkürzung geheilt sind.

Ewald-Hamburg.

100) **Slocker.** Lesión traumática del nervio ciático; sutura.

Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 1075 v. 21. 5. 09.

Bericht über eine Stichverletzung des Nervus Ischiadicus, bei welcher dieser Nerv vollkommen durchtrennt wurde. Die Operation ergab, dass eine 5 cm lange Lücke zwischen den beiden Schnittenden bestand. Der Nerv wurde in üblicher Weise vernäht, und die Funktion kehrte sehr langsam, aber gut wieder.

Stein-Wiesbaden.

101) **Preiser** (Hamburg). Eine typische periostale Callusbildung am Condylus internus femoris nach Kniedistorsionen.

Arch. f. klin. Chir. 90. Bd. H. 1. p. 249.

Auf Grund von 10 Fällen spricht sich Verfasser in gleicher Weise wie Pfister gegen die Deutung als Absprengung, er nimmt ebenfalls Periostabreissung und nachträgliche Callusbildung hauptsächlich in der Adduktorensehne an. Seine Gründe sind wie bei Pf. indirektes Entstehen und häufiges Auftreten erst längere Zeit nach dem Trauma.

Baisch-Heidelberg.

102) **Offergeld** (Frankfurt a. M.). Luxatio genu lateralis entstanden durch Geburt in Beckenendlage bei Einriss des Ligamentum collaterale tibiale.

Deutsche mediz. Woch. 1909. Nr. 39. S. 1703.

Bei einem Kinde, das in Steisslage zur Welt kam, fand Verf. eine Subluxation des Kniegelenks in der Weise, dass der Unterschenkel parallel der Aussenseite des Oberschenkels lag. Entstanden war diese Subluxation durch eine Ruptur des Lig. collaterale tibiale und einen Riss der Gelenkkapsel. Die Reposition gelang leicht und die Beweglichkeit des Beines war eine tadellose. Verf. erklärt die Entstehung der Verletzung intra partum dadurch, dass sich Unterschenkel und Hacke an der Uteruswand verfangen habe, wobei



dann durch Tiefertreten des Körpers und des Oberschenkels infolge der Wehen eine Sprengung der Bandapparate und die Subluxation im Kniegelenk zustande gekommen sei.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

103) **Andò** (Rom). Delle alterazioni anatomiche ed istologiche in un caso di artrite deformante del ginocchio.

Pubblicazioni della Clinica chirurgica di Roma 1909.

Es fand sich:

1. Vermehrung der Endothelschichten und fibröse Verdickung der Kapsel.

2. Anwesenheit von spongiösen Knochenkernen infolge neoplastischer Verknöcherung kapsulärer Knorpelknötchen.

3. Rarefaktion der spongiösen Knochensubstanz durch lakunäre Resorption der Knochenbälkchen und fibröse und schleimige Umwandlung des intertrabekulären Markgewebes.

4. Verdichtung des spongiösen Knochengerüstes und Osteosklerose.

5. Schleimgewebe enthaltende Höhlenbildungen in der Dicke der spongiösen Substanz durch Resorption der Knochenbälkchen.

6. Progressive und regressive Prozesse des Knorpels, wie Verschwinden des Gelenkknorpels, Verdickung des Deckgelenkknorpels, Unregelmässigkeiten in seiner tiefen Grenze, Einsenken kleinster Knorpelinseln in den oberflächlichen Teil der epiphysären Knochensubstanz.

Buccheri-Palermo.

104) **Stretti** (Bologna). Sui corpi mobili articolari del ginocchio.

La Clinica chirurgica 1909. Nr. 10.

Der vom Verfasser mitgeteilte Fall ist von Interesse, weil die histologische Untersuchung der beweglichen Gelenkkörper nachwies, dass diese von knöchern-knorpeliger Natur waren und nicht von Arthritis sicca oder deformans abhingen.

Dieselben sind aufzufassen als von traumatischem Ursprung, und für diese Annahme sprechen, mehr noch als die Vorgeschichte, die objektive Untersuchung und der histologische Befund (Nekrose des Knochens, degenerative Veränderung des Knorpels).

Aus den nämlichen Gründen ist die Theorie von König von der Osteochondritis dissecans zu verwerfen, wie auch nicht ein tuberkulöser Ursprung nach Cornil und Courday angenommen werden kann.

Buccheri-Palermo.



105) **Paul Zander II** (Heidelberg). Ein Fall von genu valgum durch Fraktur am oberen Tibiaende.

Monatschr. für Unfallheilk. und Invalidenwesen. 1909. Nr. 7.

Einem 61 jährigen Landwirt fiel eine Kuh auf die Aussenseite des linken Kniegelenks, und zwar bedingten es die örtlichen Verhältnisse, dass der Mann im Stehen die Last auf sich einwirken lassen musste, ohne ausweichen zu können. Es entstand ein genu valgum traumaticum, bedingt durch eine fast senkrecht verlaufende Fraktur des äusseren Tibiacondylus. Die zurückbleibenden Beschwerden waren recht beträchtlich. **Ewald**-Hamburg.

106) **Goyanes.** Casuistica quirurgica. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. No. 1086. v. 14. 8. 09.)

1. Mitteilung eines Falles von Operation wegen hochgradigem Genu valgum mit regionärer Anästhesie. Es wurden 80 ccm. einer $^1/_2$%tigen Cocainlösung in die Arterie vor der Operation injiziert, nachdem oberhalb und unterhalb der Operationsstelle ein Schlauch angelegt worden war. Ueber das Verfahren ist im Juniheft dieser Zeitschrift referiert worden.

2. Mitteilung über Operation eines hochgradigen Pes varoequinus. Es wurden verschiedene Sehnenverlängerungen verbunden mit einer Resektion des Talus vorgenommen.

Stein-Wiesbaden.

107) **Peltesohn** (Berlin). Zur Aetiologie und Pathologie des Genu recurvatum und der Tibia recurvata. (Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXII. Bd. 4. H. S. 602.)

Von den 3 Fällen von Genu recurvatum, welche P. zu beobachten Gelegenheit hatte, war das erste durch eine chronische Osteomyelitis an der Vorderseite des Tibiakopfes bedingt. In einem zweiten Falle war nach Streckung einer gonorrhoischen Flexionskontraktur eine Ueberstreckung des Kniegelenks zustande gekommen, die sich allmählig verschlimmerte. P. glaubt in diesem Falle, dass neben einer Zerstörung der vorderen Partien des Tibiagelenkknorpels die Ueberstreckung bei dem Redressement der Kontraktur als Ursache der Deformität anzusehen sei. Die dritte Pat. zeigt bei starker koxitischer Flexionskontraktur ein genu recurvatum der gesunden Seite, das Verf. auf statische Gründe (Verlagerung des Schwerpunktes vor die Achse des Beines) zurückführt. Eine weitere Beobachtung von scheinbarer Ueberstreckung des Kniegelenks erwies sich als eine Knickung der Tibia an der Tuberositas bei gleichzeitiger Beugekontraktur im Kniegelenk



und Hüftgelenk. Verf. führt die Entstehung der Tibia recurvata darauf zurück, dass die starke Aktion des Quadrizeps die in Beugestellung fixierte Tibia gerade über der Tuberositas tibiae nach vorn abgebogen habe. Eine Epiphysenstörung liess sich ausschliessen. Wodurch allerdings die zu der Verbiegung nötige Knochenweichheit verursacht war, weiss P. sich nicht zu erklären.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

108) **Romano** (Neapel). Ginocchio curvo di alto grado di origine patologica con sinostosi femoro-tibiale.

Gli Incurabili. 1909. Nr. 4.

Klinischer Fall, der durch keilförmige Osteotomie zur Heilung gebracht wurde. **Buccheri**-Palermo.

109) **Dalla Vedora** (Rom). Nuovo processo operatorio per il trattamento della lussazione abituale della rotula.

Pubblicazioni della Clinica chiurgica di Roma 1909.

Verfasser beschreibt eine neue Operationstechnik, die ihm in einem Fall von habitueller Luxation der Kniescheibe einen vorzüglichen Erfolg gegeben hat. Dieselbe besteht, in ihren zwei wesentlichen Teilen betrachtet, in der Entfernung des geschrumpften Teiles und in der plastischen Rekonstitution des insuffizienten Teiles der Bänder. **Buccheri**-Palermo.

110) **L. Eloesser** (Berlin). Ein Schienenhülsenapparat für Kniegelenkskontrakturen.

Zentralbl. f. Chir. 1909. Nr. 30.

Der Apparat besteht aus Hülsen und Seitenschienen wie der Hessingapparat. Die äussere Unterschenkelschiene hat aber eine über das Kniescharnier hinausgehende nach vorn umgebogene Verlängerung, die wiederum mit einer langen vom Oberschenkel bis zum Boden reichenden starren und geraden Schiene durch ein Scharnier verbunden ist. Wird jetzt diese starre Schiene beim Gehen belastet, so wird durch Hebelwirkung der Unterschenkel nach vorn bewegt, so dass also der Beugekontraktur entgegengearbeitet wird. **Ewald**-Hamburg.

111) **Vulpius** (Heidelberg). Ein Kniegelenk für künstliche Beine. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 27. S. 1191.)

V. beschreibt das Kniegelenk einer Prothese, die freie Beweglichkeit bei der Beugung und selbsttätige Fixation bei Streckstellung er-



möglicht. Die Schiene des Oberschenkelteils senkt sich bei Belastung zwischen zwei Anschläge des Unterteils hinein und steht dadurch fest, während beim Aufhören der Belastung der herabsinkende Unterschenkelteil frei kommt und eine freie Beugung zulässt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

112) **Krebser** (Zürich). Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der kongenitalen Fibuladefekte. (Zeitschr. für orthop. Chirurg. XXIII. Bd. 1.—2. H. S. 167.)

Die Beobachtung zweier Fälle von Fibuladefekt mit Equinus- und Valgusstellung des Fusses gibt Verf. Veranlassung, die Aetiologie dieser Deformität näher zu besprechen. K. glaubt nicht, dass ein Keimfehler als ätiologischer Faktor in Betracht zu ziehen sei, sondern dass eine von aussen kommende Ursache (Druck der Uteruswand) die Fibula in ihrer Entwicklung hemme. Therapeutisch kommt vor allem der Ausgleich der stets bestehenden Verkürzung eventuell durch Prothese und die Korrektur der Valgusstellung in Frage und bei zu starker Spannung der Achillessehne die Tenotomie derselben. Auch die operativen Verfahren, die mehrfach angewandt wurden, waren für die Feststellung des Fusses von gutem Erfolg, doch ist das Dauerresultat speziell in Rücksicht auf spätere Wachstumsverkürzung. immerhin etwas fraglich, da die Epiphysen meistens in Mitleidenschaft gezogen werden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

113) **Schrecker.** Zur Behandlung der Unterschenkelbrüche. Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 98. 3.—6. H. p. 467.

Verf. hat die Fälle von Unterschenkelbrüchen aus verschiedenen Militärlazaretten gesammelt und davon 100 zu der vorliegenden Besprechung verwertet. Die Ergebnisse sind in verschiedener Beziehung interessant. Dass die Prognose der Unterschenkelbrüche sich umso ungünstiger gestaltet, je mehr sich die Fraktur dem unteren Abschnitt nähert und ebenso, dass die Schräg- und Splitterbrüche wieder schlechtere Prognose bieten, als die Querbrüche, ist durch die Anatomie begründet. Bezüglich der Behandlungsarten hat der Gipsverband und besonders der Gipsgehverband die schlechtesten Erfolge aufzuweisen. Weswegen Schr. unbedingt Extension und zwar nicht einfache Längsextension, sondern solche genau nach den Vorschriften Bardenheuers fordert. Dieser Hinweis dürfte nicht unangebracht sein, denn gerade bei den Unterschenkelfrakturen ist wohl der Gipsverband als Behandlungsmethode weniger verdrängt durch die Extensionsmethode als bei anderen Frakturen.



Die weiteren Forderungen, die Schr. aufstellt, sind die, die man wohl von jeder modernen Frakturbehandlung verlangen darf.

Balsch-Heidelberg.

114) **Mocquot** et **Caraver** (Paris). La marche directe dans les fractures de jambe. (Ambulante Behandlung der Unterschenkelfrakturen.)

Revue de chir. Bd. 40. S. 601.

Um die bei der Behandlung der Unterschenkelfrakturen im geschlossenen Gipsverband auftretenden Versteifungen und zugleich auch Dislokationen zu vermeiden, wenden die Verf. das von Delbet angegebene Verfahren an. Es wird der periphere Bruchteil des Unterschenkels durch eine um die Knöchel gelegte Schlinge mit einem Gewichtszuge von 10—12 klgr. extendiert. Die Wirkung des Zuges soll sich dabei sehr rasch äussern, so dass man inzwischen schon den definitiven Verband vorbereiten kann. Derselbe wird in Extension angelegt und besteht aus zwei kräftigen Gipslanguetten, die von den Condylen der Tibia aussen und innen am Unterschenkel bis auf einige Millimeter von der Auftrittsfläche herablaufen und oben durch einen Gipsring, der die Condylen umfasst, und unten durch einige Touren, welche die Knöchel umfassen, aber das Fussgelenk freilassen, vereinigt werden. Bei Malleolarfrakturen soll der untere Ring so gestaltet werden, dass er die Ferse mit fixiert. Der Verband kann sofort nach dem Unfall angelegt werden, eventuell bereits vorhandenes Oedem muss erst zum Verschwinden gebracht werden. Die Erfolge sollen nach Angabe der Verfasser in Bezug auf Form und Funktion des Fusses sehr gute sein.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

115) **De Francesco** (Giussano). Innesto del perone sulla tibia.

Clinica chirurgica 1909. Nr. 8.

Die Implantation der Fibula in die Tibia gibt ein sehr gutes Resultat. Stets ist es ratsam, vorher die Restauration der kranken Diaphyse mit einer homo- oder heteroplastischen Einpflanzung zu versuchen.

Buccheri-Palermo.

116) **A. H. Tubby** (London). Diffuse painful lipoma of the foot.

Americ. journ. of orth. surg. 1909. 4.

2 Fälle von jungen Mädchen, bei denen sich ganz allmählich eine schmerzhafte Geschwulst unterhalb des Sustentaculum tali bildete, die operativ entfernt wurde und aus reinem, aber von der



Umgebung gut abgrenzbaren Fettgewebe bestand. Mit dem Plattfuss hat das Leiden nichts zu tun. Bisher hat T. 5 Fälle beobachtet Ein Rezidiv ist nach der Operation nicht aufgetreten.

Ewald-Hamburg.

117) **G. Rais** (Paris). Fracture du calcanéum d'un coté, luxation astragalo-scaphoidienne de l'autre coté. (Revue d'orth. 1909. 6.)

Ein Mann fiel aus der II. Etage auf die Füsse und zog sich auf der einen Seite eine Kalkaneusfraktur, auf der anderen eine Luxation im Chopartschen Gelenk zu. Eine unblutige Reposition misslang. Nach 8 Tagen Massage, nach 4 Wochen Gehversuche. Verf. ist mit dem Resultat zufrieden. **Ewald-Hamburg.**

118) **Reclus** et **Schwartz.** Les exostoses du calcanéum. Revue de chirurg. Bd. 39, S. 1052.

Die Verf. führen zunächst die bisher veröffentlichte Literatur über dieses Thema an, um dann ihre eigenen 6 Fälle, die zum Teil jüngere Leute betrafen, des genaueren zu schildern. Verf. unterscheiden die Exostosen nach ihrer Lage in solche, die an der unteren Tuberositas des Calcaneus und solche die an dessen hinterer Fläche sitzen. Die Symptome sind je nach der Lokalisation verschieden. Die Exostosen an der Unterfläche sind am schmerzhaftesten, da sie sehr dem Druck der Körperlast ausgesetzt sind, die an der Hinterseite schmerzen nur bei stärkerer Anspannung der Achillessehne. Es können auch beide Formen ohne irgend welche Beschwerden bestehen. Am häufigsten wird diese Spornbildung bei Männern beobachtet und kann in jedem Alter vorkommen. Die verschiedenen bisher aufgestellten Theorien erscheinen dem Verf. nicht erschöpfend für alle Fälle. Sie kommen deshalb zu dem Schlusse, dass keineswegs alle Fälle die gleiche Aetiologie haben müssen. Sie unterscheiden zunächst eine Form, die nur die Verstärkung einer bereits vorhandenen Disposition darstellt, das heisst, der Sporn ist durch vermehrten Zug der Sehnen oder Bänder entstanden, ebenso wie die normalen Prominenzen der Knochen sich unter derartigen Einflüssen entwickeln. Eine andere Reihe von Exostosen kann infolge einer Periostitis traumatica auftreten. Auch infektiöse Ursachen (Gonorrhoe und Syphilis) können zur Bildung solcher Auswüchse Veranlassung geben, wie bereits mehrfach mikroskopisch nachgewiesen werden konnte. Ebenso kann ein bisher symptomloser Sporn durch ein Trauma und nachfolgende



Entzündung schmerzhaft werden. Ferner ist es möglich, dass eine Exostose, die an und für sich schmerzlos ist, dadurch, dass sie eine Entzündung der benachbarten Schleimbeutel hervorruft, Beschwerden macht. Die Diagnose kann mit Sicherheit nur durch das Röntgenbild gestellt werden. Therapeutisch kommt hauptsächlich die operative Entfernung der Exostosen in Frage, die auch bei den meisten Fällen der Verf. mit gutem Erfolge in Anwendung kam. Andere Massnahmen wie Entlastung der schmerzhaften Stelle führen meist nicht zum gewünschten Ziel. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

119) **Madelung** (Strassburg). Einige Bemerkungen über die Luxatio medio-tarsea completa.

Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 100. p. 312.

Durch Sturz von einem Baum, während der Fuss durch ein Steigeisen, dessen Befestigungsband quer über den Tarsus führt, fixiert war, kam eine komplette Luxation im Chopartschen Gelenk nach oben zustande. Der Fuss stand in adduzierter, supinierter und plantarflektierter Stellung. Die proximalen Gelenkflächen von Navikulare und Cuboid sind völlig abtastbar. Der Fall kam veraltet in M's Klinik, daher gelang Reposition erst blutig, Navikulare und Talus wurden durch Knochennaht vereinigt. Funktionelles Resultat sehr gut. Aus der Litteratur konnte M. nur 9 einwandfreie gleichartige Luxationen zusammenstellen.

Balsch-Heidelberg.

120) **Frank.** Die Resektion bei Fussgelenkstuberkulose nach Bardenheuer.

D. Zeit. f. Chir. Bd. 99, H. 3—6, p. 480.

Verf. gibt zunächst einen historischen Ueberblick über die Geschichte der Entwicklung der verschiedenen Resektionsmethoden wobei festzustellen ist, dass sich unter den jetzigen Chirurgen eine radikale Operation mit Querschnitt und Durchtrennung von Muskeln und Sehnen mehr und mehr Anhänger erwirbt, gegenüber den schonenderen Methoden von Längsschnitten aus der älteren Chirurgie. Namentlich für die extrakapsulare Resektion, wie sie Bardenheuer auch für alle anderen Extremitäten-Gelenke angegeben hat, tritt Verf. ein, und gibt eine Uebersicht über die Erfolge der nach dieser Methode von 1903—1908 am Kölner Bürgerhospital operierten 45 Fälle. 30 waren davon einer Nachuntersuchung zugänglich und von diesen wieder 27 völlig ausgeheilt mit teils guter, teils befriedigender Funktionsfähigkeit des Fusses, nur 1 Schlottergelenk. Gewiss ein vorzügliches Resultat! **Balsch**-Heidelberg.



121) **Froelich** (Nancy). Du metatarsus varus congénital.

Revue d'orth. 1909. 5.

Drei Fälle von Metatarsus varus. (Adduktion des Vorderfusses, Vorspringen des Fussrückens Verschiebung des Fusses nach aussen; stärkere Entwicklung der grossen Zehe und aussergewöhnliche Beweglichkeit, Verkrümmung des Metatarsale II—V.) Aetiologisch am wahrscheinlichsten ist intrauteriner Druck. Die Behandlung richtet sich nach dem Grade der Deformität und nach den Beschwerden. Gewöhnlich genügt das modellierende Redressement, ein orthopädischer Apparat mit Stahlsohle, die den Fuss mittelst Zügen in korrigierter Stellung hält, ist manchmal nötig. — Geht der metatarsus varus mit einer starken Adduktion des metatarsale I einher, so wird eine schiefe Osteotomie dieses Knochens gemacht, ausserdem die Extensorensehne der Grosszehe schief durchschnitten. — Gute Resultate.

Ewald-Hamburg.

122) **Kirchner** (Göttingen). Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des typischen angeborenen Klumpfusses nebst Bemerkungen zur Aetiologie anderer angeborener Missbildungen.

Zeitschr. für orthop. Chir. XXI. Bd. H. 4. S. 525.

Nach den Untersuchungen von Lazarus und Schomburg dreht sich der normale Fuss des Embryos im 2. Lebensmonat in eine Supinationsstellung hinein und zwar infolge der Entwicklung des Prozessus lateralis tarsi und des Sustentaculum tali, der vordere Teil des Fusses stellt sich daher in Pronation. Wenn das Amnion noch bis ans Ende der 5. und 6. Woche dem Fötus dicht anliegt, so werden dadurch, dass die senkrecht zur Körperachse stehenden Extremitäten zusammengedrängt werden, die Füsse in Adduktionsstellung gebracht. Da die Drehung des Kalkaneus in Supinationsstellung, die durch Einwirkung auf den Talus eine Dorsalflexion des Fusses bewirkt, in solchem Falle nicht erfolgt, so bleibt der Fuss in Plantarflexion. Die Tarsalia können dabei verschiedene Formen haben. Der Mangel an Amnionflüssigkeit ist wohl als eine spezielle, eventuell vererbbare, Eigenschaft des Embryo anzusehen. Steht die untere Extremität senkrecht zum Rumpf, so stösst der Femurkopf gegen den widerstandsfähigeren hinteren Pfannenrand, wobei dann leichter eine Deformierung des peripheren Teiles d. h. ein Klumpfuss entsteht, während bei schräger Richtung des Beines der Kopf den oberen nachgiebigeren Pfannenrand trifft und darüber hinaus nach oben luxieren kann. Da die oberen Ex-



tremitäten mehr dem Rumpf parallel liegen, so stossen sie weniger leicht beim Wachsen auf ein Hindernis, wodurch sich das seltenere Vorkommen von Missbildungen der Arme erklärt. Verf. nimmt auch aus diesem Grunde eine mechanische Entstehung obiger Deformitäten an und glaubt die Keimfehlertheorie verwerfen zu müssen. Ein einseitiges Vorkommen einer Missbildung kann nach Verf. durch verschiedene weit fortgeschrittene Entwicklung der Extremitäten oder durch die Lage des Dottersacks oder auch schliesslich gelegentlich durch den Druck eines traumatischen Blutergusses veranlasst werden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

123) **Röpke** (Jena). Angeborener Klumpfuss entstanden durch Einwirkung amniotischer Fäden.

Zeitschrift für orthop. Chir. 22. B. 4. H. S. 557.

Verf. beobachtete bei einem 1½ Monate alten Knaben ausser Defekten an den Fingern der rechten Hand einen Klumpfuss, bei dem auf der Fusssohle eine narbige Furche zu sehen war. An dieser Furche waren die Zehen resp. ihre Metatarsen abgeknickt und der ganze Fuss im Wachstum zurückgeblieben. Wenn auch keine Residuen von Fäden zu finden waren, so glaubt Verf. doch die Furche der Fusssohle ebenso wie die Fingerdefekte auf amniotische Fäden zurückführen zu müssen. Auch die Klumpfussstellung erklärt sich durch Druck der Uteruswand auf den durch das amniotische Band fixierten Fuss.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

124) **Blanc.** Un caso de pie varus congénito tratado por el procedimiento de Lorenz y tenotomias. (Rev. de. Medic. y Cirug. pract. de Madrid. No. 1090. v. 14. 9. 09.)

Mitteilung eines Falles von sehr starkem Klumpfuss bei einem kleinen Mädchen. Behandlung durch unblutiges Verfahren und Tenotomieen. **Stein**-Wiesbaden.

125) **Milo.** Het mechanisme van het platvoetproces de „spreidvoet“. (Der Mechanismus der Entstehung des Plattfusses. Der Spreizfuss.“) (Nederl. Tydschr. voor geneeskunde 1909. II. Nr. 17.)

M. bespricht den Mechanismus der Entstehung des Plattfusses, speziell wie Lorenz, Hoffa und Jagerink den Vorgang auffassten. Er selbst meint, man solle von der wahren Form der Fusshöhlung ausgehen, die ein Nischengewölbe darstelle. Ueber die Entwickelung des Plattfusses sagt M.: Um das os cuboideum als punctum fixum



gruppieren sich die Form- und Positionsveränderungen der übrigen Tarsalia und Metatarsalia, soweit sie von dem Einsinken der Fussnische abhängen. Daher findet man auch beim Plattfuss das cuboideum am wenigsten verunstaltet."

Hierauf erklärt M. die Abduktion des Vorderfusses und des Kalkaneus, und die Knickung des äusseren Fussrandes. Weiter solle man eine Spreizung des Vorderfusses annehmen, verursacht durch Insuffizienz des M. transversalis pedis.

M. nennt diesen Zustand „Spreizfuss". Wo er entsteht, können die Symptome der Metatarsalgie, Mertensschen Krankheit etc. zustande kommen. M. verordnet in diesen Fällen eine lederne „Metatarsal-Manschette" und hat damit sehr gute Resultate erzielt, wie aus einigen Krankengeschichten hervorgeht. (Auch Ref. hat in einigen Fällen damit gute Resultate erzielt). Sonst sollen in erster Linie bei der Plattfussbehandlung Uebungen der Mm. tibiales, des flexor hallucis longus und der kurzen Fussmuskeln angewandt werden. Uebung des M. transversalis pedis, so nützlich sie auch wäre, ist kaum auszuführen. Plattfusssohlen sind bei der Behandlung des Leidens nur nützlich, wenn sie gute laterale Gegenstützpunkte haben und nicht als einfache Stützsohlen angewandt werden. **B. Tilanus.**

126) **Becker.** Ueber Insuffizienz des Fusses.

Mediz. Klinik. 1909. Nr. 12.

In einer für den Praktiker geschriebenen Arbeit bespricht Verf. die Funktion des Fusses, die Bedeutung, die Aetiologie — statische, traumatische, entzündliche und paralytische — die Symptome und Diagnose der Insuffizienz. Die 3 Kardinalsymptome sind: 1. Längeres Stehen ist schmerzhafter als Gehen, 2. ein enger fester Schuh wird besser vertragen als ein bequemer Hausschuh, 3. die Schmerzen verschwinden sofort beim Sitzen und Liegen; die Nachtruhe ist völlig ungestört. Er erinnert an die starken Ermüdungsschmerzen der Beinmuskulatur, die ein ganz anderes Krankheitsbild vortäuschen können. Ferner bespricht er die Prognose und die Therapie. Verf. bevorzugt die über dem Modell gewalkten Einlagen aus Hornhautleder und verwirft alle fabrikmässig hergestellten Modelle, ebenso wie den von Lengfellner hergestellten Plattfussstiefel. „Eine gute Einlage soll der Fussohle quasi als Hohlschiene fest und unverschieblich anliegen." Ferner soll die Massage energisch betrieben werden neben der Uebungstherapie, wobei Verf. Heissluftbehandlung mit gleichzeitigen Pendelübungen kombiniert hat.



Bei schweren Fällen nimmt Verf. unblutiges Redressement vor. Bei paralytischem Pes valgus hat er ausgezeichnete Resultate mit Sehnentransplantation. **Meyer**-Heidelberg.

127) **Deutschländer** (Hamburg). Zur Frage des traumatischen Plattfusses.

Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. XXII, H. 1—3, S. 304.

Verf. hat in einer Anzahl von Fällen (14) beobachtet, dass sich nach einem im ganzen geringfügigen Trauma erhebliche und dauernde Schmerzen im Fuss einstellten. Das Fussgewölbe war dabei nicht abgeflacht, dagegen bestand Bewegungsbeschränkung im Chopartschen Gelenk und starke Atrophie der Wadenmuskulatur. Verf. glaubt an der Hand der Röntgenbilder als Ursache dieser Erscheinungen einen Bruch des Naviculare mit sekundärer Arthritis im Chopartschen Gelenk annehmen zu müssen. Durch mobilisierende Uebungen, Massage, Heissluftbäder und Einlagen zur Entlastung des Gelenkes wurden nach D.'s Angaben gute Erfolge erzielt, nur in 2 Fällen wurde die Resektion des Naviculare notwendig.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

128) **K. Gaugele** (Zwickau). Ueber die Heilung der Fussschmerzen durch das Schuhwerk (insonderheit bei der abnormen Plantarflexion der Metatarsalknochen).

Arch. für Orth., Mechanoth. und Unfallchirurgie 1909. Bd. VII. 4.

Unter Hinweis auf Momburgs Buch „der Gang des Menschen und die Fussgeschwulst", wo der Nachweis geführt wird, dass die Stützpunkte des Fusses beim Gehen ausser dem Kalkaneus die Köpfchen des 2. und 3. Metatarsale sind, wendet sich G. gegen die Quergewölbetheorie verschiedener Autoren: man kann nicht von einem Gewölbe reden, sondern nur von einer bogenförmigen Lage der Köpfchen der Mittelfussknochen am unbelasteten Fuss. Der typische Vorderfussschmerz hat also mit einer Senkung des Quergewölbes gar nichts zu tun, ebensowenig der Hallux valgus. Die Ursache der Schmerzen liegt vielmehr in der abnormen Plantarflexion der Mittelfussknochen. Wenn einzelne Autoren das Vorhandensein eines Quergewölbes ex juvantibus (Heftpflasterstreifen, der das gesunkene Quergewölbe hebt) zu beweisen glauben, so führt G. die günstige Wirkung darauf zurück, dass durch den Heftplasterverband die Mittelfussknochen in toto gehoben werden. Dies wird aber besser durch eine Einlage erreicht. **Ewald**-Hamburg.



129) **A. G. Cook** (Hartford). The question of balance.

Am. journ. of. orth. surg. 1909. 4.

Bei den gewöhnlichen Stiefeln liegt nach Verf.'s Ansicht der Hacken zu weit zurück und auf die Wölbung der Fusssohle ist nicht die nötige Rücksicht genommen, so dass die Stiefel ihren Zweck nicht oder nur unvollkommen erfüllen, da sie die Körperlast nicht auf die ganze Fusssohle verteilen. Ferner ist für einen normalen Fuss ein anderer Stiefel notwendig als für einen Fuss mit erschlafften Bändern (Plattfuss). Man muss daran denken, dass die Bänder, die die Fussknochen mit einander verbinden, nicht nachgiebig sind, und dass die Bewegungen der Knochen daher mehr oder weniger begrenzt sind. Dagegen gleicht der Fuss mit relaxierten Bändern einem Sack mit losen Knochen und dieser Fuss erfordert eine feste Stütze. Ein festes Leder muss über einem Gipsabguss angefertigt werden, der Hacken muss von gehöriger Breite und Höhe sein, eine Stahleinlage muss das Gewölbe halten, ohne die Zehenbewegung zu hemmen. **Ewald**-Hamburg.

130) **R. le Clerc** (St.-Lô). Déviation des orteils.

Revue d'orth. 1909. 5.

Bei einer 86 jährigen Frau fand Verf. bei der Autopsie ausser einem Hallux valgus einen digitus varus der 2. Zehe, die über der grossen Zehe lag. Die Gelenkfläche des Metatarsus I-Köpfchens war zum grössten Teil zerstört und so verändert, dass die Grundphalanx der Grosszehe falsch artikulieren musste. Operativ hätte man also beim Hallux valgus nicht die Weichteile, sondern das Skelett, und zwar das Capitulum metatars. I. anzugreifen.

Ewald-Hamburg.

Kongress- und Vereinsberichte.

131) Erster griechischer Tuberkulosekongress, gehalten in Athen vom 6.—9. Mai 1909.

Von Vorträgen, die die chirurgische Tuberkulose betrafen, wurden folgende gehalten:

Gerulanos (Referent). „Ueber die chirurgische Tuberkulose überhaupt und insbesondere über die häufigeren Formen derselben in Griechenland."

A. Unter 4,793 chir. Kranken, die von 1903—08 im grössten Krankenhause Athens (Evangelismos) gepflegt wurden, befanden sich 634 (13,2%) chir. Tuberkulosen, worunter wiederum 481 (76%) Tub. der Knochen und Gelenke.

B. Unter 17,854 chirurgischen Kranken der Poliklinik desselben Kranken-



hauses befanden sich in dem gleichen Zeitabschnitt 2,138 (12%) chirurgische Tuberkulosen, worunter wieder 1,453 (68%) chir. Tub. der Knochen und Gelenke. Unter den chir. Tuberkulösen beider Kategorien war bei 310 (21,33%) die Wirbelsäule befallen, bei 265 (18,24%) das Kniegelenk, bei 266 (18,31%) das Hüftgelenk, bei 202 (14%) das Sprunggelenk, bei 96 (6,60%) das Handgelenk, bei 72 (5%) der Ellenbogen, bei 37 (2,5%) die Beckenknochen, und schliesslich bei 39 (2,68%) die Sehnenscheiden.

Was das Alter der Patienten betraf, so kamen zur Beobachtung 18% aller chir. Tuberkulösen im 1. Lebensdezennium, 38% im 2., 30% im 3., 8,6% im 4., 3,8% im 5., 1,28% im 6., und 0,64% im 7. Also der Zeitabschnitt zwischen dem 11.—20. Lebensjahr weist mehr als 1/3 der chir. Tub. auf, dann folgt das Alter zwischen dem 21.—30. Jahr, und in dritter Reihe kommt das Alter vom 1.—10. Jahr mit 18%. Daraus geht andererseits hervor, dass die chir. Tuberkulose zwischen dem 1.—30. Lebensjahr 86% aller Kranken dieser Gattung ausmacht.

Was das Geschlecht der Kranken betrifft, so verhielt sich bei diesen die chirurgische Tuberkulose des männlichen Geschlechts zu der des weiblichen, wie 69 : 31%.

G. zieht aus seiner Statistik den Schluss, dass die chir. Tuberkulose überhaupt, und speziell die der Knochen in Griechenland sehr verbreitet ist, und sehr schwer verläuft, infolge der unzweckmässigen hygienischen Lebensweise und der schlechten Prophylaxe der Gesunden einerseits, und der mangelhaften ärztlichen und sonstigen Pflege der von der Tuberkulose Betroffenen andererseits. Abgesehen davon hält G. den Verlauf der Knochentuberkulose in Griechenland im grossen ganzen eher für gutartig.

Die von ihm eingeschlagenen therapeutischen Massnahmen entsprechen den allgemein akzeptierten konservativen Regeln, mit den wenigen Ausnahmen derjenigen Fälle, die wegen ihrer Schwere zur Operation (89 totale Resektionen) gelangten.

Ueber 20% von der Knochentuberkulose machten die Spondylitiden, mitunter von schwerem Typus aus.

Drüsentuberkulose kam ungefähr in 20% aller Fälle der chirurgischen Tuberkulose vor.

Zum Schluss schlägt G., als für Griechenland zur Bekämpfung der chir. Tuberkulose sehr geeignet, Seehospize vor.

Prof. **Kallontzis.** „Ueber Spondylitis in Griechenland." Er plaidiert für Anwendung der Wienerpaste, wenn möglich, im ersten Stadium der Krankheit, da er von ihrem Gebrauch gute Resultate gehabt hat, selbst ohne Gipsverbände (!) anzulegen.

Chrysospathes. „Ueber die Verbreitung der Knochentuberkulose in Griechenland und die gegen sie anzuwendenden prophylaktischen und therapeutischen Massregeln."

Vergleicht Ch. die 2,110 orthop. Kranken seiner Klinik, mit 583 (27,6%) von Knochentuberkulose Befallenen, mit denen von Höftmanns und Schanz's Statistiken, so findet er, dass die chir. Tub. in Griechenland um 16,8% die in Deutschland vorkommende übertrifft.

Von seinen Kranken litten 273 (12,9%) an Spondylitis, 215 an Tub. der unteren und 55 an solcher der oberen Extremitäten, schliesslich 40 an Drüsen- und Weichteiltuberkulose.



Auch hierbei findet er einen Ueberschuss von 8,5% bei der Spondylitis und 8% bei den übrigen chir.-orthop. Tuberkulosen gegenüber den deutschen Statistiken.

Dass die Knochentuberkulose in Griechenland sehr verbreitet ist, beweist Ch. ausser durch die oben angeführten Zahlen durch das relative häufigere Befallensein von Erwachsenen von derselben, durch die Schwere der Krankheit, das Vielfache der tub. Herde, und die Seltenheit des Sitzes. So stellte er 18,3% von Spondylitis Befallenen, die das 20. Jahr überschritten haben, zusammen, während die Spondylitiker von gleichem Alter in der viel grösseren Statistik von Wallstein nur 14.7% ausmachen. Dasselbe gilt für die Coxitiker, von welchen in seiner Statistik 7,2% das 24. Lebensjahr überschritten hatten, während dieselben Kranken von demselben Alter in der Statistik von Dollinger auf 6,4% kommen. Ebenfalls litten 26,9% von Ch.s Kranken an schweren Formen von Tub. und 10,8% trugen mehrere tuberkulöse Herde an ihrem Körper (bis zu 19 solchen Herden an einem Kranken gezählt).

Was schliesslich das Seltene der Lokalisation der Tub. betrifft, so diagnostizierte Ch. 7 mal Beckentuberkulose, 2 mal Tub. der Artikulatio sacroiliaca, 3 mal Tub. des Kreuzbeins, während in den Eingangs erwähnten Statistiken kein einziger solcher Fall erwähnt wird.

Und alles dies in einem Lande, wo die bäuerliche, fast das ganze Jahr im sonnigen Freien verbringende Bevölkerung die in den wenigen Industrien Griechenlands beschäftigte stark übertrifft.

Die Behandlung, die Ch. seinen chir. tuberkulösen Kranken zu Teil werden liess, war, bis auf wenige operative Ausnahmen, eine konservative, die sehr gute Resultate zeitigte.

Als erfolgversprechende, nicht teuere Vorbeugungsmittel schlägt Ch. seinen Landsleuten vor: Besserung der Haus- und Schulhygiene, Einführung der in Deutschland so viel Anklang findenden Ferienheime, das System der Wohnungsschwestern (zur Belehrung und Prophylaxe der Gesunden in Familien Tuberkulöser). Zur Behandlung der von Tub. Befallenen empfiehlt er die Asiles maritimes, die um so zahlreicher in Griechenland vertreten sein sollten, als seine Küsten von besonderer Mannigfaltigkeit und Schönheit sind.

Kokkoris erinnert daran, dass den meisten chir. Tuberkulösen in Griechenland dadurch schlechte Dienste geleistet werden, dass von unwissender Seite Einreibungen, Bewegungen und Aehnliches, also gerade das Gegenteil von dem, was ihre Heilung fördert, anempfohlen wird. Er will diesem Uebel durch Belehrung entgegensteuern.

Mermiga. An 2 Kranken, die er wegen chir. Tuberkulose erfolgreich operiert hat, versucht er zu erläutern, wann man bei der Knochen- und Drüsentuberkulose operativ vorgehen soll. **Chrysospathes**-Athen.

132) Sitzung der Niederländischen Orthopädischen Gesellschaft vom 27. Juni 1909.
Vorsitzender: Dr. Tilanus. Schriftführer: Dr. Laan.

Nach Behandlung verschiedener Fragen betr. die Gesellschaft und die Verhältnisse in der orthopädischen Praxis spricht Milo (Haag) über Plattfuss. Er beschreibt die Krankheit als schmerzhaften Zustand des Metatarsus und meint mit Scham, dass das Fussgewölbe einsinkt, wenn es über seine Tragfähigkeit belastet wird. Lorenz nimmt am Fuss zwei Gewölbe an und meint, dass die Insuffizienz von beiden bei den Schmerzen eine Rolle spiele, während



Jagerink im allgemeinen eine abnorme Beweglichkeit der Fussknochen als Ursache der Schmerzen ansieht. M. nennt den Valgus ein Symptom des pes planus und fasst das Fussgewölbe als Nischengewölbe auf, mit dem Cuboid als punctum fixum beim Einsinken, wobei durch Knickung nach der Innenseite der Sohle der Plattfuss entsteht.

Bei der Besprechung der Therapie beschreibt M. die von ihm mit Vorliebe angewandte Sohle, die indessen gegenüber den bekannten Modellen keine wesentlichen Unterschiede aufweist. Oefters hat M. indessen noch eine Manschette um den Vorderfuss mit vorzüglichem Erfolg angewandt und Kranke geheilt, denen auf anderem Wege nicht zu helfen war.

Laan (Utrecht) findet, dass die Plattfuss-Sohle gegenwärtig eine zu grosse Rolle spiele, es müsse mehr auf gutes Schuhwerk gesehen werden, auch die Strümpfe, meint er mit Girardot, seien von Einfluss. Laan hat sein 5 jähr. Söhnchen immer auf ganz einfachen selbstgemachten Tuchschuhen mit Ledersohle gehen lassen und demonstriert eine, seit einem Jahr benutzte Sohle. Interessant ist es zu sehen, wie die Sohle abgenutzt ist. An der grossen Zehe findet man ein Loch, am Fussgewölbe an den Köpfchen der 2. 3. und 4. Metatarsalknochen kaum einige Abnutzung.

Tilanus (Amsterdam) meint, dass die exakte Sohlenbehandlung jedenfalls in erster Reihe stehen muss, aber nicht in allen Fällen Heilung bringt. Gute Schuhe sind von grosser Bedeutung, auch Uebungen (Gehen in Varusstellung!) und bei pes contractus Gipsverbände nach Moulage in Narkose. Die Sohlen sollen nicht zu starr gemacht werden und so, dass der Fuss nicht zu viel abgleitet, auch meint T., dass ein Sporn seitlich von der Sohle zu vermeiden ist. Nötig ist die Anfertigung von Gipsmodellen nach Hoffa-Lengfellner.

Tilanus-Amsterdam.

133) **Artom di Sant'Agnese.** Osteomalacia e rachitide. (XV. Congresso della Soc. ital. di ostetricia e ginecologia. Roma 28.—30. ott. 1909.)

Redner hat in 7 neuen Fällen von Osteomalazie bakteriologische Untersuchungen mit sechs positiven Resultaten ausgeführt. Die in 3 Fällen versuchte Reaktion von Bordet und Gengou wies nicht die Anwesenheit von spezifischen Antikörpern im Blutserum der Kranken nach. Der Index opsonicus war zuweilen bedeutend herabgesetzt; er nimmt zu mit der progressiven Besserung nach Impfung nach Wright, die Verfasser im Verein mit Arcangeli in 12 Fällen mit gutem Erfolg versuchte.

Aus den rachitischen Kindern in vivo entnommenen Knochen erzielte e dreimal auf vier Entwicklung eines morphologisch dem der Osteomalazie ähnlichen Mikroorganismus. Mit einem mit diesem Keim bereiteten Impfstoff hat er mit promptem Erfolg drei rachitische Kinder behandelt. Experimentell rief er durch Einimpfung des Keimes selbst in erwachsene Ratten Knochenläsionen hervor, die den mit dem Diplococcus der Osteomalazie erhaltenen analog waren.

Redner macht auf die Bedeutung aufmerksam, die diese Beobachtungen für die Prophylaxe und die Behandlung der Rachitis und Osteomalazie werden haben können, falls sie durch Untersuchungen an einem grösseren Material bestätigt werden.

Buccheri-Palermo.

134) **B. Morpurgo.** Patologia delle ossa. (Congresso della Soc. ital. di patologia. ottobre 1909.)

Red. weist nach, 1. dass die kalkfreie Substanz bei Osteomalazie und der Rachitis zum Teil durch Alisteresis erzeugt wird.



2. Die Zerstörung der Knochensubstanz bei der Osteomalazie und Rachitis kann ohne Eingreifen von Osteoklasten erfolgen. Die ausgebuchteten Linien an der Grenze zwischen kalkfreier und verkalkter Substanz sind nicht in allen Fällen als Spuren der lakunären Resorption zu betrachten.

3. Die in die verkalkte Substanz eingeschlossene kalkfreie Substanz der osteomalazischen Knochen ist wahrscheinlich erzeugt durch eine veränderte Funktion der Knochenzellen und entsteht jedenfalls nicht durch die diffuse Wirkung zirkulierender Flüssigkeiten.

4. Rachitis und Osteomalazie sind mehr oder weniger differente Kundgebungen des nämlichen Prozesses.

5. Die Alterationen des in Verknöcherung befindlichen Knorpels der Rachitiker sind ursprünglich nicht von hyperplastischer Natur; sie sind abhängig von dem Defekt der provisorischen Verknöcherung.

6. Die kalkfreie Diät erzeugt nicht die Bilder der Osteomalazie und der Rachitis, sondern das der Osteoporosis. Die Knorpelalterationen der im Wachstum begriffenen und einer kalkarmen Diät unterzogenen Tiere können Rachitis vortäuschen, entsprechen dieser aber nicht in ihrem Wesen.

Buccheri-Palermo.

135) **Dejouany.** Société de médecine militaire française. 18. 11. 09. (Gaz. des hôpitaux 1909. Nr. 136.)

Behandlung der habituellen Schulterluxation.

Jede frische Luxation sollte nach der Einrenkung 4—8 Tage fixiert werden, dann Massage und Bewegungen.

Rezidiviert die Luxation, so kann die Heilung nur durch einen operativen Eingriff erreicht werden: bei gleichzeitiger schwerer Verletzung des Humeruskopfes Resektion desselben, sonst Kapsuloraphie oder Kapsuloektomie.

Ewald-Hamburg.

Personalnotizen.

Bologna: Dr. Putti, langjähriger Assistent an Istituto Rizzoli, hat sich für Orthopädie habilitiert.

Med.-Rat Dr. v. Roth, der älteste deutsche Orthopäd, ist gestorben.



Oedeme und Gefässkompression. — 36) **Peckham**, Arthritis villosa. — 37) **Lexer**, Gelenktransplantation. — 38) **Rochard** et **Champtassin**, Muskelatrophien. — 39) **Gardner**, Volkmann'sche Deformität. — 40) **Painter und Clarke**, Myositis ossificans. — 41) **Bardenheuer**, Myotomie und Myoraphie. — 42) **Abetti**, Myelomes. — 43) **Römer**, Epidemische Kinderlähmung. — 44) **Knöpfelmacher**, Poliomyelitis anterior acuta. — 45) **Landsteiner**, Aetiologie der Kinderlähmung. — 46) **Vieten**, Spinale Kinderlähmung. — 47) **Hohmann**, Frühstadium der Poliomyelitis. — 48) **Wilson und Muschlitz**, Raynaudsche Krankheit. — 49) **González**, Sauerstoffeinblasung. — 50) **Kron**, Nervenlähmungen. — 51) **Fuchs**, Myelodysplasie. — 52) **Hindenberg**, Faradisation. — 53) **Pescatore**, Atemübungen. — 54) **Allison**, Lagerungsapparat. — 55) **Chlumsky**, Wanderniere. — 56) **Orestano**, Läsion des Facialisstammes. — 57) **Purpura**, Facialislähmung. — 58) **Böhm**, Angeborener Schiefhals. — 59) **Frisch**, Therapie des Schiefhalses. — 60) **Buccheri**, Myelocystocele. — 61) **Tumminia**, Spondylitis rizomelica. — 62) **Giordano**, Ostitis rarefaciens. — 63) **Gaugele**, Spondylitische Lähmungen. — 64) **Ewald**, Entstehen der Skoliose. — 65) **Sellheim**, Rotation der Wirbelsäule. 66) **Kirmisson**, Skolioseninstitut. — 67) **Fitsch**, Gelenkläsion. 68) **Bardenheuer**, Lähmung des plexus cervicalis. — 69) **Peltesohn**, Schlüsselbeinpseudarthrosen. — 70) 71) **Heinecke**, Schlüsselbeindefekt. — 72) **Couteaud**, Clavikularfraktur. — 73) **Goldthwait**, Schultererkrankungen. — 74) **Bernhardt**, Schulterarmlähmung. — 75) **Hofmann**, Extensionsschiene. — 76) **Ledderhose**, Ruptur des Bizeps brachii. — 77) **Carrasco**, Sarkom des Oberarms. — 78) **Dollinger**, Ellenbogenverrenkungen. — 79) **Nehrkorn**, Vorderarmkontraktur. — 80) **Maffi**, Osteoplastische Resektion. 81) **Lieblein**, Verwachsung der Vorderarmknochen. — 82) **Granier**, Brüche von Handwurzelknochen. — 83) **Lange**, Verletzungen der Handwurzelknochen. — 84) **Leriche**, Madelung's Deformität. — 85) **Hilgenreiner**, Fingergelenksankylose. — 86) **Sainz**, Masini'sche Zeichen. — 87) **Schloffer**, Luxation der Streckaponeurose. — 88) **Heschelin**, und **Schapiro**, Hüftgelenksluxation. — 89) **Frangenheim**, Osteoarthritis deformans. — 90) **Savini-Castano**, Coxa vara infantum. — 91) **Imminger**, Schenkelhalsfraktur. — 92) **Borchard**, Operative Behandlung derselben. — 93) **Ortali**, Hygrom der Bursa trochanterica profunda. — 94) **Tumer**, Hüftluxation. — 95) **Saxl**, Trendelenburg'sches Phänomen. — 96) **Küster**, Hüftgelenksverrenkung. — 97) **Rizzuto**, Exartikulation. — 98) **Gil**, Extraperitoneale Kompression der Arteria iliaca. — 99) **Zancarini**, Oberschenkelbrüche bei Neugeborenen. — 100) **Slecker**, Stichverletzung des Nervus ischiadicus. — 101) **Preiser**, Callusbildung. — 102) **Offergeld**, Luxatio genu lateralis. — 103) **Andò**, Arthritis deformans. — 104) **Stretti**, Bewegliche Gelenkkörper. — 105) **Zander II**, Genu valgum. — 106) **Goyanes**, Genu valgum mit Anästhesie. — 107) **Peltesohn**, Genu recurvatum. — 108) **Romano**, Osteotomie. — 109) **Dalla Vedora**, Luxation der Kniescheibe. — 110) **Eloesser**, Schienenhülsenapparat — 111) **Vulpius**, Kniegelenk für künstliche Beine. — 112) **Krebser**, Fibuladefekte. — 113) **Schrecker**, Unterschenkelbrüche. — 114) **Mocquot** et **Caraver**, Unterschenkelfrakturen. — 115) **De Francesco**, Implantation der Fibula. — 116) **Tubby**, Geschwulst unterhalb des Sustentaculum tali. — 117) **Rais**, Kalkaneusfraktur. — 118) **Reclus** et **Schwartz**, Exostosen des Kalkaneus. — 119) **Madelung**, Luxatio medio-tarsea completa. — 120) **Frank**, Fussgelenktuberkulose. — 121) **Froelich**, Metatarsus varus. — 122) **Kirchner**, Klumpfuss. — 123) **Röpke**, Angeborener Klumpfuss. — 124) **Blanc**, Klumpfuss. 125) **Milo**, Spreizfuss. — 126) **Becker**, Insuffizienz des Fusses. — 127) **Deutschländer**, Traumatischer Plattfuss. — 128) **Gaugele**, Heilung der Fussschmerzen. — 129) **Cook**, Schuhwerk. — 130) **le Clerc**, Hallux valgus. —

Aus **Kongress- und Vereinsberichten:** 131) **Erster griechischer Tuberkulosekongress gehalten in Athen vom 6.—9. Mai 1909.** — 132) **Sitzung der Niederländischen Orthopädischen Gesellschaft vom 27. Juni 1909.** — 133) **Artom di Sant'Agnese**, Osteomalazie und Rachitis. — 134) **B. Morpurgo**, Pathologie der Knochen. — 135) **Dejouany**, Behandlung der habituellen Schulterluxation.

Personalnotizen.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **Mai 1910.** **Heft 5.**

1) **Weinzierl.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Chondrodystrophia foetalis. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. 138.)

Beschreibung des klinischen und röntgenographischen Befundes eines 17 monatlichen Kindes mit Mikromelie. Abgesehen von den charakteristischen Proportionsanomalien erscheint der Röntgenbefund wichtig. Die Röhrenknochen erscheinen plump und gedrungen, so dass z. B. die Phalangen fast quadratische Form annehmen. Die Epiphysen sind in toto hyperplastisch, so dass sie von dem periostalen Knochen umwuchert werden; es entsteht dadurch eine Verbreiterung des Epiphysenendes, in welchem die Epiphysenlinie in unregelmässigem Bogen verläuft. An anderen Stellen finden sich pilzartige periostale Knochenwucherungen an der Epiphysenlinie. Es lässt sich also im Röntgenbild die anatomische Diagnose auf Chondrodystrophia hyperplastica (Kaufmann) stellen, da eine Hemmung des epiphysären Knorpelwachstums besteht, bei normaler oder eher gesteigerter periostaler Knochenentwicklung. Dieser Umstand lässt sich zur Differentialdiagnose des Röntgenbildes gegen Rachitis verwenden. Ueber Aetiologie und Therapie werden neue Gesichtspunkte nicht gebracht.

Hoffmann-Heidelberg

2) **G. Ahreiner.** Ueber zwei seltene Formen angeborener Gelenkankylose. (Bruns Beitr. z. kl. Ch. 65. Bd. II. H. p. 462.)

Verf. teilt aus der chirurgischen Klinik in Strassburg einen Fall von doppelseitiger knöcherner Ankylose der Kiefergelenke mit konsekutiver Mikrognathie mit, der wegen der Doppelseitigkeit, der sofortigen Beobachtung nach der Geburt und dem Fehlen jeglicher Entzündung oder eines Geburtstraumas sicher als kongenital gedeutet werden muss. Nach einem von Perthes beschriebenen Fall



ist dies erst der 2. sicher kongenitale. — Weiterhin beschreibt Verf. einen Fall kongenitaler doppelseitiger Synostose der oberen Gelenkenden von Radius und Ulna. Beide Arme sind in ausgesprochener Pronationsstellung fixiert. Solche Fälle sind schon mehrfach beobachtet, aber häufig wegen der Aehnlichkeit des klinischen Bildes als Radiusdefekt im oberen Drittel aufgefasst worden. Das Röntgenbild gibt die Möglichkeit einer exakten Diagnose.

Balsch-Heidelberg.

3) **Trumpp.** Beiträge zur Kenntnis der akuten Knochen- und Gelenkentzündungen im Säuglingsalter. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 51. 91.)

Aus der Beobachtung dreier Fälle von eitriger Entzündung der Epiphysengegend im Säuglingsalter von 4 Wochen bis zu 2 Monaten kommt der Verfasser zu der Ansicht, dass die Prognose auf Spätstörung aus dieser Erkrankung nicht so günstig anzunehmen sei, wie bisher gebräuchlich. Zum Beleg dienen Röntgenbilder, die starke Verwerfung des Epiphysenwachstums in der späteren Kindheit darbieten.

Als Epiphysitis traumatica wird ein Krankheitsbild an einem 14monatlichen Kinde beschrieben, das im Anschluss an ein die Füsse treffendes Trauma zu Anämie, allgemeiner Hyperästhesie, Unruhe, Fieberanfällen und Darmstörung führte, später zu teigiger Anschwellung an den Sprunggelenken, welche an einem Bein erst fünf Wochen nach dem Trauma auftrat. Unter Ruhigstellung der Beine im Gipsverband verschwanden die Beschwerden in wenigen Tagen. Das Röntgenbild zeigt eine Verdichtung des der Verkalkungslinie des Epiphysenknorpels angehörigen Schattens, auf der einen Seite Verschiebung der Epiphyse. Die Markraumzone der Diaphyse zeigt auffallende Aufhellung.

[Das Röntgenbild entspricht durchaus dem bei Morbus Barlow charakteristischen Befund, die vom Verfasser gewünschte Nachprüfung, ob der Befund für traumatische Epiphysitis regulär ist, wäre auch für die Barlow'sche Krankheit wünschenswert. [Der Refer.]

Hoffmann-Heidelberg.

4) **Oehlecker.** Zur Kasuistik und zur Behandlung neuropathischer Gelenkerkrankungen. (Bruns Btrge. zur klin. Chir. 65. Bd. 1. H. p. 63.)

Einen eigenartigen Fall doppelseitiger Fussgelenk- und Fusswurzelerkrankung konnte Verf. im Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus beobachten. Durch das klinische Bild sowie die patholog. anatom.



Untersuchung des durch Pirogoffsche Amputation gewonnenen Präparates konnte jeder andere Knochenprozess (Tuberkulose, Osteomyelitis, Lues, Arthritis deformans) ausgeschlossen und der Befund nur als dem der neuropathischen Osteo- und Arthropathien entsprechend gedeutet werden. Tabes und Syringomyelie konnten ätiologisch vollkommen ausgeschlossen werden, ebenso die etwas selteneren Ursachen — Verletzung des Rückenmarks, Spina bifida, Verletzung peripherer Nerven —, sodass Verf. eine angeborene Anomalie des Lendenmarks, Hydromyelus congenitus, als Ursache annimmt. — Die in diesem Falle mit bestem Erfolge ausgeführte doppelseitige Pirogoffsche Amputation, ebenso wie eine einseitige in einem beigefügten Fall typischer tabischer Fussarthropathie veranlassen Verf. für eine operative Behandlung der Arthropathien in geeigneten Fällen einzutreten. Ein wichtiges Moment für die Heilung sieht er bei allen Operationen neuropathischer Arthropathien in der mit allen Mitteln erstrebten Konsolidation der Knochen

Balsch-Heidelberg.

5) **Léon Bernard.** Le traitement de l'ostéomalacie par l'adrénaline. (La presse médicale, Nr. 93. 1909.)

Seit der ersten Veröffentlichung von Bosse im Jahre 1907, wo er die Heilung der Osteomalacie durch Adrenalin anzeigt, sind mehrere einschlägige Publikationen erschienen, in welchen verschiedenartige Erfolge mit dem betreffenden Mittel zur Kenntnis gebracht werden. Im ganzen sind etwa 20 derartige Fälle in der Litteratur, so dass die Kasuistik noch eine geringe genannt werden muss.

Der Verf. führt nun einen solchen Fall, ein 38 jähriges Mädchen betreffend an, in welchem durch Adrenalin sehr gute Erfolge erzielt werden konnten und zwar: Aufhaltung der krankhaften Erscheinungen, Heilung der Knochen, Geraderichtung der Verkrümmungen, Verschwinden der Schmerzen und Rückkehr des funktionellen Vermögens.

Die Behandlung bestand in subkutanen Einspritzungen von je 1 cc einer 100% Lösung von Adrenalinum chlorhydricum, die jeden zweiten Tag durch 3 Monate wiederholt wurden. Nach kurzer Pause wurden die Einspritzungen wieder aufgenommen, aber nur jeden dritten Tag gemacht, zeitweilig aber auch jeden zweiten Tag, falls die Schmerzen wiederkehrten. Die Erfolge des Adrenalins zeigten sich aber in deutlicher Weise erst nach der 30. Einspritzung.

Die guten Erfolge, welche man also bis nun mit diesem Mittel erzielt hat, machen es zur Pflicht, dasselbe in allen Fällen von Osteomalazie anzuwenden.

E. Toff-Braila.



6) **H. A. Laan** (Utrecht). Behandeling der Kinderverlamming der beenen. (Nederlandsch Tydschrift voor Geneekunde II. Teil Nr. 20. 13. Nov. 1909.)

Nachdem Nicoladoni 1880 bei einem Paralytiker die Sehnentransplantation versucht hat, haben später Drobnik, Tilanus, Vulpius, Hoffa und viele andere über diese Operation berichtet. Man hat indessen, sagt Laan, zuviel von derselben erwartet, ein bestimmter Wert ist ihr aber entschieden zuzuerkennen. Der Operation soll immer ein Redressement der eventuellen Deformität vorangehen. L. zieht bei seiner Operation die Naht von Sehne auf Sehne vor, die periostale Transplantation nach Lange ist ihm nicht sympathisch. Für sehr wertvoll hält er die Sehnenverkürzung nach Hoffa. Wenn man mit Sehnentransplantation nicht zum Ziel kommt, soll Arthrodese oder Fasciodese hinzugefügt werden.

Zur Sehnenfixation (Tenodese) nach Tilanus hatte L. keine Gelegenheit.

Durch die Beschreibung (teilweise mit Bildern) von 23 operierten Fällen beweist er die Nützlichkeit der Methoden, die mit Vorsicht ausgewählt werden sollten. Es geht daraus hervor, dass L. ausser Sehnentransplantationen auch viel plastische Sehnenoperationen — Sehnenverlängerung und -Verkürzung angewandt hat. Die Redressements hat L. meines Erachtens zu oft (Ref.) blutig ausgeführt. Seine Resultate sind indessen sehr gute. Auch ein paar Kriechern hat L. auf die Beine geholfen. Unter den Patienten waren Kinder und ältere Personen.

Mit der Beschreibung seiner Fälle will L. nicht nur beweisen. dass man durch Kombination verschiedener operativer Methoden gute Resultate erzielen kann, sondern auch darauf hinweisen, dass jeder Fall an sich zu beurteilen ist und stets aufs Neue überlegt werden muss, was im gegebenen Falle, das Beste ist.

Tilanus-Amsterdam.

7) **Adolf Lorenz.** Einfluss der Entspannung auf gelähmte Muskeln. (Prager med. Wochenschr. 1910. Nr. 1.)

In Form eines Autoreferates über seinen auf der letzten Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrag tritt L. dafür ein, die Sehnenüberpflanzung erst dann vorzunehmen, wenn nach vorhergegangener Korrektur einer (paralytischen) Deformität (mit Uebertreibung bis zum Gegensatz) trotz mehrmonatlicher Entspannung keine oder eine ungenügende Funktion der früher konvexseitigen Muskeln zu konstatieren ist.

C. Springer-Prag.

8) **M. Kirschner.** Ueber freie Sehnen- und Fascientransplantation. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 65 Bd. II. H. p. 472.)

Verf. hat an der Greifswalder chirurg. Klinik umfassende Tierversuche gemacht über die Transplantationsfähigkeit von Sehnen und Fascien. Die Ergebnisse sind in 4 Gruppen eingeteilt.

1. Transplantation von Sehnen ohne funktionelle Beanspruchung in einen Muskelkanal. Die Sehnen bleiben teilweise lebensfähig, teilweise nekrotisieren sie.

2. Transplantation von Sehnen bei funktioneller Inanspruchnahme. Die frei transplantierten Sehnen sind imstande, andere funktionell zu ersetzen, doch besteht Neigung zu allmählicher Verlängerung.

3. Fascientransplantation. Fascien bleiben in ganzer Ausdehnung am Leben, wenn sie ohne funktionelle Belastung frei transplantiert werden.

4. Fascientransplantation mit funktioneller Belastung dieser Gruppe kommt die grösste praktische Verwertbarkeit zu, da sie verschiedene Vorzüge vor anderem Transplantationsmaterial hat, so lassen sich mit Fascien Sehnennähte und -plastiken ausführen, schwache Stellen bei Sehnennaht lassen sich dadurch sichern. Wandplastiken (Bauchdecken, Peritoneum, Dura etc.) sind damit gelungen und wurde Hernienbildung vermieden. Bei der Naht von parenchymatösen Organen (Leber) kann Fascie verwendet werden, um das Durchschneiden der Nähte zu verhindern und gleichzeitig durch Kompression zu wirken. Ebenso ist Fascie verwertbar, um die Ankylose nach orthopäd. Gelenkresektionen zu verhüten.

Die Anordnung und die einzelnen Ergebnisse dieser interessanten Versuche sind im Original nachzulesen. **Balsch**-Heidelberg.

9) **V. Chlumsky.** O lécéni chirurgieké tuberkulosy. (Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.) (Casopis lékarier cèskych 1910. Nr. 3.)

Vortrag für praktische Aerzte mit kurzer Uebersicht der chirurgischen Behandlung, Betonung des konservativen Standpunktes und der Wichtigkeit der Allgemeinbehandlung. **C. Springer**-Prag.

10) **Reich.** Ueber Vergiftung durch Becksche Wismutpasten-Behandlung. (Bruns Beiträge zur klin. Chir. 65. Bd. 1. H. p. 184.)

Verf. veröffentlicht einen Fall von letaler Wismutvergiftung nach Injektion von 25 ccm. Beckscher Bi-paste in einen von Appendicitis ausgegangenen Douglasabzess. Es ist dies der 6. bekannt



gewordene Vergiftungsfall bei der Beckschen Behandlungsart. Das Krankheitsbild ist das der Nitritvergiftung mit Zersetzung des Blutes, Bildung von Methämoglobin, und der dadurch bedingten parenchymatösen Degeneration in den verschiedensten Organen, wie sie bisher nur bei interner Verabreichung von Bi-subnitric. beobachtet wurde. Die bisher bekannten Fälle von Vergiftung bei der Beckschen Methode hatten mehr das Bild der Metallvergiftung geboten. Die in intraabdominellen Abszesshöhlen sicher vorhandene Darmflora mag nach Verf. Schuld an dem Auftreten der Nitritbildung gewesen sein. Verf. warnt daher dringend vor Anwendung der Beckschen Wismutpaste bei intraabdominellen Abszesshöhlen und rät auch in allen anderen Fällen zu sorgfältiger Ueberwachung. **Balsch**-Heidelberg.

11) **Heermann.** Ueber Zug und Druck in der Krankenbehandlung mit Demonstration neuer Methoden und mediko-mechanischer Apparate.

Medizin. Klinik. Nr. 11. 09.

Verf. hat 4 Systeme angegeben, die in jedem Krankenzimmer improvisiert werden können.

1. Verbindung des langen Hebelarms mit Gummizug, z. B. für den Fuss eine Unterschenkelschiene, im Gelenk ein Fussbrett, daran ein langer Stock, der als Hebelarm eine beliebig grosse Kraft entfalten kann, und daran eine lange Schnur von Paragummi, welche die Kraft des Hebelarms stetig und dabei weich und sanft wirken lässt.

2. Prinzip der Schaukel, das sich leicht in Form eines vergrösserten Tintenlöschers herstellen lässt. Dieses lässt sich für alle Gelenke modifizieren. Für Schultergelenk und Ellenbogen hat H. an die Schmalseiten eine Leiter gesetzt.

3. Bewegung der Hand und Fingergelenke, in der Weise, dass Hand und Finger fixiert sind, während der Unterarm auf- und niedergeht.

4. Fussbewegung durch rollende Gewichte, die sich in einem Eisenrohr unter dem Schuh vor- und rückwärts bewegen.

Ferner empfiehlt Verf. bei Nervenerkrankungen einen stetigen sanften Zug. Zur Anwendung des elastischen Druckes benutzt Verf. die unelastische Kambrikbinde, unter die er auf die geschwollenen Partien Kompressen, Watte, meistens Gummischwämme legt. Er verwendet dieses Verfahren bei Hydrops genu, Neuralgien, zur Erweichung von Narben, bei Kontrakturen der Finger, Mittelfuss-

knochenbrüchen, Skoliosen zum Druck auf Rippenbuckel, zur Kompression von Fisteln etc. Meyer-Heidelberg.

12) **K. Taskinen** (Helsingfors). Das Reiben mit Schnee in Verbindung mit der Massage. (Zeitschrift für physikalische und diätische Therapie Bd. 13. H. 7. 439.)

T. kombinierte bei Neuralgien, Muskel- und Gelenkrheumatismen sowie bei verschiedenen Lähmungen Abreibungen mit Schnee mit Massage und heilgymnastischen Uebungen. Er verfuhr folgendermassen: Die erkrankte Stelle wurde 1—3 Minuten lang in raschem Tempo mit Schnee auf- und abgerieben, darnach schnell abgetrocknet, mit dem Unterkleid bedeckt und mit Petrissage oder Friktionsmassage durch die Kleidung hindurch behandelt. An diese Proceduren schlossen sich die gymnastischen Uebungen an.

Es wurden fast ausschliesslich akute Fälle, bei denen die Schmerzen im Vordergrund der Erscheinung standen, behandelt. Unter 42 Fällen zeigten 4 keine Besserung, bei dem Rest war ein sichtlicher Erfolg zu verzeichnen.

Die Hauptwirkung der Methode liegt darin, dass sie wie keine andere die Schmerzen stillt. (Ischias!) Diese schmerzstillende Wirkung führt Verf. auf die kräftigen thermischen und mechanischen Reize, die die Methode setzt, zurück. A. Stoffel-Heidelberg.

13) **Muskat** (Berlin). Orthopädie und Schule. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1909. Nr. 4. und 5.)

Die Arbeit gibt einen umfassenden Ueberblick über die Frage der Wirbelsäuleverkrümmungen vom Standpunkt des Schulhygienikers. Nach anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen über den Aufbau und die Bewegungen der normalen Wirbelsäule bespricht Verf. zunächst die verschiedenen Formen der Verkrümmungen und ihre Entstehung. Von besonderem Interesse und deswegen auch am breitesten behandelt ist die in der Schule am häufigsten beobachtete seitliche Verbiegung, die Skoliose. Sie ist entweder angeboren, beruhend auf einer numerischen Variation der Wirbelsäule, oder sie ist durch Krankheiten erworben, die eine Störung in den statischen Verhältnissen der Wirbelsäule bedingen (Rachitis in erster Linie). Die wichtige Frage, ob die Skoliose eine in der Schule erworbene (Belastungs-) Deformität darstellt, wird verneint, wenngleich ein die Entstehung bezw. Verschlimmerung von Verbiegungen der Wirbelsäule begünstigender Einfluss des Schullebens nicht geleugnet werden kann. Die grossen Differenzen der statistischen Angaben über die Häufigkeit der Schul-Skoliose be-



weisen zur Genüge, welche Unklarheit und Verworrenheit z. Z. noch die ganze Frage beherrscht. Es fehlt hier, meiner Ansicht nach, an präzise formulierten Definitionen als der Grundlage einer brauchbaren und vergleichbaren Statistik. Erst eine grosszügig angelegte, auf fest bestimmten Vereinbarungen beruhende, die ganze Schulzeit hindurch an ein und demselben Schülermaterial fortgesetzte Beobachtung wird eine befriedigende Lösung der Frage bringen, inwieweit die Schule für die Entstehung der Skoliose verantwortlich gemacht werden muss und ob bezw. inwieweit sie demgemäss auch zur Behandlung des Uebels verpflichtet ist. Verf. bezeichnet jetzt schon die systematische Behandlung der Wirbelsäuleverkrümmungen durch die Schule als eine unbedingte Notwendigkeit, zu der die Schule gewissermassen moralisch verpflichtet sei. Er weist auf die diesbezüglichen Versuche hin, die in Düsseldorf, Charlottenburg, Sonneberg und anderen Orten mit gutem Erfolg gemacht worden sind, und empfiehlt dann die obligatorische Einführung von orthopädischen Sonderturnstunden unter der Leitung orthopädisch ausgebildeter Lehrer. Zum Schluss bringt er noch eine genaue und ausführliche Darstellung der einschlägigen orthopädischen Behandlungsmethoden. Wimmenauer-Mannheim.

14) **Friedemann** (Schöneberg). Zur Frage des Mädchenturnens. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1909. H. 7.)

In den „Mitteilungen" bringt F. zur Frage des Mädchenturnens einen etwas eigenartigen und darum beachtenswerten Vorschlag. Er ist der Ansicht, dass bei der jetzt üblichen turnerischen Grundstellung mit aneinander stehenden Hacken und durchgedrückten Knieen ein ungünstiger Druck auf das weibliche Becken ausgeübt wird, und dass beim Marschieren mit auswärts zeigenden Fussspitzen der physiologischen Genu-Valgumstellung der weiblichen Beine Vorschub geleistet und die Ausbildung der Plattfussstellung begünstigt wird. Er fordert demnach folgende Grundstellung und Marschvorschrift: „Die Füsse stehen fast parallel etwa 5 cm. auseinander; die Hacken berühren sich nicht, die Knieen werden nicht durchgedrückt. Beim Marschieren wird das Hangbein leicht gekrümmt; der Unterschenkel mit heruntergedrückter, fast nach vorn zeigender Fussspitze vorgestreckt. Wenn sich das Körpergewicht nach vorn vorschiebt, wird der Fuss flach und leicht auf den Boden gesetzt." Ich wage die praktische Bedeutung des gewiss auf recht beachtenswerten theoretischen Ueberlegungen beruhenden Vorschlages stark anzuzweifeln. Mir ist wenigstens bis jetzt noch nichts davon bekannt



geworden, dass seit der Einführung des Mädchenturnens in der Schule bei diesen die Pes-planus-Stellung zugenommen hätte, oder gar für den Geburtsvorgang hinderliche Deformitäten des weiblichen Beckens beobachtet worden wären. Es müssen demgemäss erst einwandfreie Beweise für die Richtigkeit der aufgestellten Theorie gefordert werden, die sich allerdings nicht so leicht werden beibringen lassen.

Wimmenauer-Mannheim.

15) **v. Criegern.** Ueber Bauchmuskelgymnastik. (Zeitschr. für phys. und diät. Therapie Bd. 13. H. 7. S. 348.)

Cr. gibt Uebungen an, die im Originalartikel nachzulesen sind, und die bei folgenden Krankheitszuständen Anwendung finden: Fettansammlung an den Bauchdecken bei beiden Geschlechtern; überdehnte Bauchdecken; Enteroptose, Nephroptose, Gastroptose und Coloptose; Obstipation; lordotische Albuminurie; Kreislaufstörungen.

Die Bauchmuskelgymnastik konkurriert einerseits mit der Bauchmassage, andererseits mit der Leibbindenbehandlung.

A. Stoffel-Heidelberg.

16) **Ejnar Nyrop** (Kopenhagen). Om Anvendelsen af et nyt Princip ved Behandlingen af Columnas Deformiteter. (Ugeskrift for Laeger. Aug. 09. Nr. 31. Pag. 881—888. Fig.)

Unzufrieden mit der Kyphosen- und Skoliosenbehandlung, deren Erfolge seit Jahren immer schlechter geworden seien, empfiehlt Verf. einen von Ernst Nyrop konstruierten „absolut wirkenden Apparat", durch den die „Anwendung eines neuen Prinzips bei der Behandlung von Wirbelsäulen-Deformitäten" eingeführt sei. Der Aufsatz ist nur eine „vorläufige Mitteilung". 13 Abbildungen zeigen Konstruktion, Verwendung und Erfolge. Der Apparat soll dadurch wirken, dass der interkapsuläre Teil der Wirbelsäule nach vorn, die Schultern durch Stahlfedern nach hinten gedrückt werden. Der „Stamm" ist eine T-förmige Stahlfeder, die von oben der Wirbelsäule folgend, nach unten die Lumballordose überbrückend am Kreuzbein endet und an einem elastischen Beckengürtel befestigt ist. Am unteren Teil der „Stammfeder" sind zwei dünne Stahlfedern befestigt, welche den Thoraxseiten folgend, unter den Achselhöhlen weg, die Schultern von vorne angreifen.

„Bei Kyphosen kann der Apparat als völliger Ersatz für alle speziellen Schulbänke benutzt werden, weil er eine absolut freie und natürliche Haltung gibt."

Panum-Kopenhagen.



17) **H. C. Homann** (Kopenhagen). Om det saakaldte nye Princip i Behandlingen af Columnas Deformiteter. (Ugeskrift for Laeger, Aug. 1909. Pag. 938—942.)

Verf. kritisiert vorstehend referierten Artikel von Ejnar Nyrop (Ugeskrift for Laeger Aug. 1909) über einen neuen Apparat für Kyphosen- und Skoliosenbehandlung, durch den ein neues Prinzip eingeführt sein soll. Verf. behauptet, der Apparat sei eine Modifikation des alten Nyropschen Rückenhalters; Hoffa habe dasselbe Prinzip benutzt. (s. Hoffas Handbuch 1. Ausg. Fig. 170.) Die Empfehlung Nyrops, Kyphosenund Skoliosen mittels des Apparates allein zu behandeln, sei eine Geringschätzung der funktionellen Behandlung. **Panum**-Kopenhagen.

18) **W. Neumann.** Zur operativen Behandlung der Spondylitis tuberculosa. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 65. Bd. II. H. p. 446.)

Verf. weist auf die Wichtigkeit der prävertebralen Abszesse für das Zustandekommen der Lähmungen-Kompression des Rückenmarkes bei der Spondylitis tuberkulosa hin. Namentlich bei der Brustwirbelsäule stehen diese Abszesse, die sich dort nicht ausdehnen können, unter einem starken Druck und springen nach Zerstörung des Wirbelkörpers in den Rückenmarkskanal divertikelartig vor. Die Entleerung und Drainage dieser Abszesse durch die „Costotransversektomie" (Resektion von 1—2 Prozess. transversi und des angrenzenden Rippenstückes) kann in vielen Fällen Heilung bringen, die schon vergeblich laminektomiert wurden. Die Laminektomie soll daher nur in älteren Fällen von Lähmungen gemacht werden, wo sekundäre Veränderungen im Wirbelkanal zu erwarten sind und kein Abszess vorhanden ist. Bei Abszess kann Laminektomie mit Drainage des Abszesses kombiniert werden. Nach den prävertebralen Abszessen ist also in allen Fällen zu fahnden. Sichere Diagnose ist nur durch Röntgenbild möglich. Vier Fälle aus dem Diakonissenhaus in Freiburg i. B. erläutern die von Verf. gegebenen Ausführungen. **Balsch**-Heidelberg.

19) **Jonas Collin** (Kopenhagen). Om Behandlingen af Fraktura radii eg lignente Frakturen. (Bibliothek for Laeger, 3 Hoefte 09. 39 Pag.)

Eine Kasuistik von 44 Fällen von Radius- und „ähnlichen" Frakturen, nach Championnières Methode behandelt. **Panum**-Kopenhagen.

20) **Joan Jianu** (Bukarest). Die Wiederherstellung des Vorderarmes bei vollständiger akzidenteller Amputation. (Spitalul, 1909. Nr. 12.)

Der Verf., welcher sich schon seit Jahren mit der experimentalen



Gefässnaht beschäftigt, hat Gelegenheit gehabt, seine Methode auch beim Menschen, in einem Falle von fast vollständiger Abtrennung des unteren Vorderarmdrittels zu erproben. Die Läsion war durch eine Fabrikmaschine bewirkt, und hing der abgeschnittene Teil nur durch die Haut der hinteren und der radialen Fläche zusammen. Es wurden zuerst die äusseren Muskeln zusammengenäht, nachdem die zerfetzten Teile abpräpariert wurden. Hierauf die beiden Knochen aneinander befestigt, wobei zu statten kam, dass man etwa 2 cm der unteren Fragmente in den Medullarkanal der oberen stecken konnte, wodurch eine gewisse Solidität gewonnen wurde, ohne dass es notwendig gewesen wäre, eine Knochennaht anzulegen. Es wurden hierauf die tiefen Beuger und derjenige des Daumens vereinigt einerseits ihrer Lage wegen und andererseits um die noch zu vereinigenden Nerven und Blutgefässe von dem Knochenkallus zu separieren. Der Median- und Kubitalnerv waren stark zurückgezogen, mussten also herauspräpariert, von den zerquetschten Teilen gereinigt werden und wurden dieselben durch die perineurotische Methode von Baudens vereinigt. Des weiteren musste die stark retrahierte Radialarterie aufgesucht werden und wurde dieselbe nach der Invaginationsmethode des Verf. genäht. Endlich vereinigte man die oberflächlichen Muskeln und die Haut. Die Teile heilten an und konnte der Patient bei seiner Entlassung leichte Streck- und Beugebewegungen ausführen, doch war die Sensibilität noch nicht zurückgekehrt. **E. Toff**-Brailla.

21) **Rüge.** Zahlreiche freie Gelenkkörper bei isolierter Arthritis deformans der Fossa cubitalis. (Arch. für kl. Chir. 91. Bd. 1. H. p. 227.)

Verf. gibt die genaue Beschreibung eines Falles von isolierter Arthritis einer cirumscripten Stelle des Ellbogengelenks mit zahlreichen (56.) freien Gelenkkörpern. Die kleinen und kleinsten der Gelenkkörper stellten sich histologisch als bindegewebig indurierte, mit Verkalkungen und Verknöcherungen untermischte Synovialzotten dar. Die grossen, schwimmenden Körper dagegen bestanden aus einem nekrotischen Knochenkern umgeben von einer Knorpelschale, aus ebenfalls im wesentlichen nekrotischem Knorpel bestehend. Pathologisch-anatomisch interessant ist besonders das Vorhandensein von Gefässen in den kleineren Körpern. **Balsch**-Heidelberg.

22) **Staffel** (Wiesbaden). Ueber die schnellende Hüfte. (Arch. für klin. Chir. 91. Bd. 1. H. p. 79.)

Verf. hat einen typischen Fall dieser an sich physiologischen Erscheinung beobachtet, der nach einem Trauma pathologisch ge-



steigert war, die andere Seite gab das Phänomen in geringem Grade ebenfalls. Das Phänomen des „Schnappens" besteht darin, dass der Traktus ileo-tibialis (Maissiatsche Streifen) über den Trochanter beim Beugen des Beines nach vorne und beim Strecken nach hinten gleitet. Verf. stellte nun fest, dass das Schnappen nur dann eintritt, wenn der Fascienstreif durch Glutäeus maximus und Tensor fasciae latae gegen den Trochanter angepresst wird, nach Entspannung dieser Muskeln trat nur noch ein sanftes Gleiten ein. Verf. ist geneigt die Entstehung dieser Strangbildung auf Blutung unter denselben bei dem Trauma und nachherige Auflockerung und Schwielenbildung zurückzuführen. Die Beschwerden waren in dem hier angeführten Fall ziemlich erheblich, dennoch wollte der Pat. in eine operative Behandlung nicht einwilligen.

Baisch-Heidelberg.

23) **J. Gourdon** (Bordeaux). Le diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant (La presse médicale. 1909. Nr. 78.)

Man spricht von einer angeborenen Verrenkung des Hüftgelenkes, obwohl dieselbe sicherlich bei der Geburt noch nicht besteht, sondern sich erst dann entwickelt, wenn das Kind die ersten Gehversuche macht. Angeboren existieren nur die Veränderungen der Gelenkspfanne, bestehend in Verkleinerung der Durchmesser, Verschmälerung des Pfannenrandes und steilerer Lage des Ganzen als dies normal der Fall ist; ferner Atrophie des Oberschenkelkopfes, Valgusrichtung und Drehung desselben nach vorne. Das Erkennen aller dieser Veränderungen am Neugeborenen ist mit vielen Schwierigkeiten verbunden, selbst bei Anwendung der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. Es sind verschiedene Erkennungszeichen angegeben worden, von denen manche mitunter gut brauchbar sind, in anderen Fällen aber im Stich lassen. Der Verfasser gibt nun ein Zeichen an, welches in allen Fällen bei Säuglingen positiv ausfällt, falls eine kongenitale Anlage zu Hüftgelenksluxation besteht. Das Kind wird auf die linke Seite gelegt, falls es sich um Untersuchung des rechten Hüftgelenkes handelt; hierauf biegt man den rechten Schenkel gegen das Becken im rechten Winkel derart, dass das Knie der Tischplatte aufliegt, dann biegt man das Kniegelenk ebenfalls bis zum rechten Winkel. Ergreift man nun das obere Ende der Tibia und trachtet den Schenkel in dieser Stellung nach innen zu rotieren, so beobachtet man, dass bei normalen Kindern der beschriebene Bogen (90°) nicht über 60° geführt werden kann. Bei bestehender Anlage zu Hüftgelenksluxation kann man infolge der laxen Beschaffenheit des Hüftgelenkes einen viel grösseren

Bogen beschreiben und den Unterschenkel bis in die vertikale Lage im Verhältnisse zur Tischplatte bringen. Für Untersuchung des linken Gelenkes macht man es selbstverständlich umgekehrt.

Wenn man zu dem erwähnten Zeichen noch das Hoffasche Gelenkknacken und das Peter Badesche, das Höherstehen der Adduktorenfalte hinzufügt, so kann man sagen, dass das Erkennen der sogenannten kongenitalen Luxation des Hüftgelenkes bei Säuglingen, die noch nicht gehen, mit Bestimmtheit gemacht werden kann.

E. Toff-Braila.

24) **Bradford** (Boston). Congenital dislocation of the hip. (Amer. jour. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Bericht über die Behandlung der Hüftluxation im Bostoner Kinderhospital von 1884—1908 (220 Fälle). Die Zusammenstellung zeigt die Besserung der unblutigen Behandlung von 0 auf 5, auf 40, auf 80% (einseitige Lux. 90%), aber auch die Besserung der blutigen Reposition, die B. noch in den Jahren 1903—1906 19 mal ausführte, von 0 auf 30, auf 73%. 1908 hat B. nur noch einmal unter 40 Fällen die blutige Reposition nach wiederholtem Misslingen der unblutigen vorgenommen und zwar mit Erfolg. Sie ist bei Kindern infolge der Verbesserung der Retentionsmethode selten notwendig.

Zur Fixation des Beckens, für den Druck auf den Trochanter und zum Herunterziehen des Kopfes bei der Reposition hält B. mechanische Hilfsmittel für besser als Assistentenhilfe. Der Apparat, der genau beschrieben wird, hat sich gerade bei Ueberwindung der Schwierigkeiten (Dehnung der Weichteile und der Kapsel, Reposition bei stark antevertiertem Femurkopf) bewährt. Bei der blutigen Reposition, die B. ebenfalls genau beschreibt, hat er meist Kapselverengerungen gefunden, immer dagegen eine genügend grosse Pfanne. Die Wunden heilten meist p. p. i., manchmal aber auch per granulationem (einmal Sepsis wegen Infektion der Wunde mit Urin). Ob nach der blutigen Reposition die Gefahr der Versteifung grösser ist, ist B. zweifelhaft.

Die Anteversion des Femurhalses kann gewöhnlich unbeachtet bleiben, jedenfalls ist keine Osteotomie nötig. Wichtig ist die Neigung zur Coxavarabildung nach der Reposition, doch sind auch hier die Störungen nicht gross. Kopfverbildung und Pfannenflachheit (Röntgenbild!) ist bei jungen Kindern nicht schlimm zu nehmen.

Was die Retention anlangt, so ist B. gegen die sog. „Froschstellung", weil später beim Uebergang zur normalen Stellung der



Femurkopf aus der Pfanne leicht nach vorn transponiert werden kann, (daher hatte B. früher nur 60—70% Heilungen). Darum ist eine Abduktionsstellung, in der die Patella nach vorn sieht, besser als eine, wo die Patella aufwärts sieht.

Also Stellung: rechtwinklige Flexion und Abduktion mit Patella nach vorn; Gipsverband von den Zehen bis zum Becken, auch Oberschenkel der gesunden Seite, letzterer nach 14 Tagen wieder befreit, nach 4 Wochen laufen, nach weiteren vier Wochen Verband bis Knie entfernt, drei Monate nach Reposition Verband ganz entfernt, Massage, Uebungen.

Ueble Zufälle: Zwei Femurfrakturen, ein Todesfall nach unblutiger Reposition (Acidurie?), keine Lähmung.

In einem Fall war eine im 6. Lebensmonat sicher festgestellte Luxation trotz fehlender Behandlung im 18. Monat nicht mehr vorhanden.

Komplikationen: einmal Dislokation der Knie nach hinten, einmal Pedes vari.

40 Nachuntersuchungen beweisen die Dauer der anatomischen Reposition, Röntgenbilder zeigen die eigentümlichen Kopf- und Halsformen, aber auch die selbsttätige Korrektion der Anteversion.

Ewald-Hamburg.

25) **Pochhammer.** Zur Kenntnis der isolierten Abrissfraktur des Trochanter minor. (Arch. für kl. Chir. 91. Bd. 3. H. p. 719.)

Die Diagnose der Abrissfraktur des Trochanter minor war bisher am Lebenden noch nicht gestellt worden. Erst das Röntgenogramm mit gleichzeitiger genauer Beachtung des klinischen Befundes können die Diagnose ermöglichen. Verf. bringt einen Fall aus der Kgl. Charité, bei dem die Diagnose richtig gestellt werden konnte. Die Symptome waren: streng lokalisierter Druckschmerz in der Fossa ileopectinea der Lage des Trochanter minor entsprechend, und die Unmöglichkeit das im Knie gestreckte Bein zu heben = Ausschaltung der Wirkung des Ileopsoas. Die gleichzeitig vorhandene Aussenrotation und die anfängliche starke Schwellung der Hüftgegend hatten im Anfang die Diagnose mehr auf Coxitis gelenkt. Erst das Hervortreten obiger Symptome zusammen mit dem Röntgenbild ergaben die richtige Diagnose. Die Therapie bestand in Bettruhe und Lagerung des Beines in leichter Flexionsstellung. Im Anschluss an diesen Fall beschreibt Verf. ein Leichenpräparat mit einer ungewöhnlichen Exostosenbildung an



Stelle des Trochanter minor, die Verf. in Anlehnung an seinen klinischen Fall ebenfalls als traumatische deuten zu können glaubt.

Balsch-Heidelberg.

26) **W. Böcker** (Berlin). Endresultate der Sehnentransplantation bei Quadrizepslähmung. (Arch. f. klin. Chir. 91. Bd. 1. H. p. 241.)

Verf. gibt ein kurzes Résumée, das als Vortrag auf dem Chirurgenkongress gedacht war, über die Endresultate von 10 von ihm auf verschiedene Weise operierten Quadrizepslähmungen. Er fasst seine Erfahrungen in folgenden 6 Sätzen zusammen:

1. Bei Quadrizepslähmung ist nur die periostale Methode der Sehnenverpflanzung zu verwenden.

2. Die Verpflanzung der Beuger nach Krause oder Lange liefert die beste Streckwirkung.

3. Ein wirksamer Beuger ist möglichst stehen zu lassen, um sicher ein Genu recurvatum zu verhüten und gute Beugefähigkeit zu erhalten.

4. Durch die Verpflanzung eines Beugemuskels und des Sartorius bezw. Tensor fasciae wird eine weniger gute Streckwirkung gewonnen.

5. Die Verpflanzung des Sartorius und Tensor fasc. lat. bei Lähmungen der Flexoren ist besser durch eine Arthrodese zu ersetzen.

6. Nach vorheriger Beitigung einer Deformität ist eine Sehnenverpflanzung oft nicht nötig.

Balsch-Heidelberg.

27) **G. Flatau.** Differentialdiagnose der Ischias. (Prager med. Woch. 1910. Nr. 4.)

Kurze, für den Praktiker prägnant zusammengefasste Zusammenstellung der Symptomdifferenzen mit Betonung des Nachweises typischer Schmerzpunkte für die Diagnose »Ischias«. Bei der Hysterie ist das psychische Verhalten zu beachten, das Ischiasphänomen pflegt zu fehlen, dabei hören oft die Schmerzen plötzlich auf. Ebenso fehlt die typische Beinhaltung und die Skoliose. Einfluss der Suggestion oft deutlich erkennbar. Bei der Neuritis ischiadica kommt es auch bei leichteren Fällen zu Fehlen des Achillesphänomens, Sensibilitätsstörungen und degenerativen Lähmungserscheinungen.

C. Springer-Prag.

28) **O. v. Frisch.** Untersuchungen über den normalen Kniestreckapparat mit Rücksicht auf die bei der Patellarfraktur bestehenden Verhältnisse. (Arch. für kl. Chir. 91. Bd. 1. H. p. 99.)

Verf. hat die Winkel, die am normalen Kniestreckapparat bei der Beugung entstehen, genau anatomisch geprüft, und fünf

Winkelbildungen dabei gefunden. Am wichtigsten davon ist der Patellarwinkel = Kombination der beiden Winkel der Kniescheibe mit der Strecksehne und den Lig. patellae. Die Veränderung dieses Winkels ergibt eine charakteristische Kurve, die von 2 anderen Winkeln (Sehnen- und Ligamentwinkel) beeinflusst wird. Der Patellarwinkel wird zunächst mit dem Kniebeugewinkel kleiner bis zu 100°, wird bei weiterer Beugung aber wieder grösser. Bei 100° liegt die Kniescheibe noch breitbasig auf. Die Kippstellung, wo sie nur noch mit schmalem Wulst aufliegt, ist bei 150° Beugestellung erreicht, der Patellarwinkel ist dann = 130—140°. Dies ist die für Rissfrakturen günstigste Stellung. Weiterhin geht dann Verf. auf die von den verschiedenen Autoren in der Literatur niedergelegten Darstellungen über den Mechanismus der Patellarfrakturen ein und stellt sich auf Grund seiner Untersuchungen auf die Basis der Sauson-Lossenschen Theorie, dass der Biegungsbruch der Patella bei mässiger Beugung im Kniegelenk auftrete.

Balsch-Heidelberg.

29) **Kirschner.** Ein Beitrag zur Entstehung der Gelenkmäuse im Kniegelenk.

Bruns Btrge. z. klinisch. Chir. 64. Bd. 2. H. p. 417.

2 Fälle von Ludloff, der 1. von Verf. und mehrere aus der Litteratur gesammelte beweisen, dass die Stelle des Ansatzes des Ligament. cruciat. am Condyl. int. femoris typisch ist für die Entstehung von Gelenkmäusen in sonst gesunden Kniegelenken ohne nachweisbares und erhebliches Trauma. Auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchung wendet sich Verf. sowohl gegen die Erklärung Königs, der eine Osteochondritis dissecans annimmt, wie gegen die neuere Ludloffs, der als Ursache einen anämischen Infarkt annimmt. Eine Aufklärung über das neben der mechanischen Wirkung des Lig. cruciat. noch unbekannte ätiologische Moment verspricht sich Verf. von einer mikroskopischen Untersuchung des Bettes der Gelenkmäuse.

Balsch-Heidelberg.

30) **Muskat** (Berlin). Plattfuss und Trauma. (Reichs-Medicinal-Anzeiger, 1909. Nr. 16.)

Verfasser unterscheidet nach Kaufmann beim traumatischen Plattfuss

1. den durch seine äussere Form ausgezeichneten, wohl immer nach Fusswurzelbruch entstandenen;
2. den funktionellen (nach Unterschenkelbrüchen, schweren Verstauchungen und Quetschungen), der charakteristische Platt-



fussbeschwerden macht, objektiv aber nur eine Abflachung an der Fusssohle bei Ueberlastung des Körpers und etwas Wadenatrophie bietet.

Verf. weist auf die Wichtigkeit der richtigen Einschätzung der Plattfussbeschwerden bei der Unfallbegutachtung hin, da einerseits die Patienten meistens geneigt sind, ihre Beschwerden dem Plattfusse, wenn derselbe auch schon lange vor dem Unfall bestanden hatte, zuzuschieben, andererseits aber nicht von der Hand gewiesen werden kann, dass durch einen Unfall ein Plattfuss ins Leben gerufen oder ein bestehender verschlimmert werden kann. Uebrigens verfahren alle Berufsgenossenschaften — mit Ausnahme der landwirtschaftlichen — sehr loyal; sie entschädigen alle Unfallfolgen, auch wenn bereits vorher eine Veränderung des Körpers, also auch ein Plattfuss, bestanden hat.

In Fällen, in denen die Diagnose „Plattfuss" zweifelhaft erscheint, verschafft die Beachtung folgender Momente Klarheit: 1. Röntgenaufnahme (event. stehen hinter den Plattfussbeschwerden Brüche der Fusswurzel, spez. des Navikulare); 2. Art des Ganges; 3. Aussehen des Fusses; 4. Fehlen der Fusswölbung; 5. Form der Linie, welche am Innenrande des Fusses auf dem Abdrucke entlang gezogen wird (Linie ist mehr oder weniger konvex geschweift); 6. Stellung der Unterschenkelachse zur Fussachse (Unterschenkelachse fällt nach innen von der Fussachse); 7. Schuhwerk (Plattfusspatienten lieben plumpes, dick besohltes Schuhwerk); 8. Veränderung der Form der Unterschenkel, Oberschenkel und der Gelenke (X-Knie etc.). Wichtiger als eine entsprechende Einlage ist in therapeutischer Hinsicht die richtige Benutzung des Fusses: Der Fuss muss mit seiner Spitze nicht nach aussen, sondern mit der Spitze geradeaus gerichtet aufgesetzt werden, durch entsprechende Uebungen ist statt der drohenden Pronationsstellung die normale Supinationsstellung zu erstreben. Mit dem Plattfuss darf nur ein ganz kleiner Schritt gemacht werden, der gesunde Fuss soll die eigentliche Vorwärtsbewegung ausführen. **A. Stoffel**-Heidelberg.

Kongress- und Vereinsberichte.

IX. Kongress der Deutsch. Gesellsch. für orthopäd. Chirurgie vom 28. u. 29. März 1910.

31)

Bericht, erstattet von Privatdoz. Dr. Wollenberg-Berlin.

Vorsitz: Joachimsthal-Berlin.

Zum Vorsitzenden für das Jahr 1911 wird Hoeftman-Königsberg gewählt. Vor Eröffnung des Kongresses findet am 28. III. ein gemeinsamer Ausflug nach Hohenlychen statt zur Besichtigung der Anstalten des Volksheilstättenvereins vom Roten Kreuz, bes. des Cecilienheims.

Erste Sitzung: Montag, 28. März, abends 8 Uhr:

1. **Alapy** (Budapest): Die Endergebnisse der konservativen Koxitis- und Gonitisbehandlung. Bei Koxitis besteht die konservative Behandlung in fixierenden Verbänden und Apparaten, nachdem die koxitische Deformität durch das Dollinger'sche Verfahren beseitigt worden ist; eine Kontraindikation gegen letzteres bildet die federnde Fixation des Hüftgelenkes, in welchem Falle die Osteotomie vorgezogen wird. Eine Indikation für entlastende Vorrichtungen ist im Belastungsschmerz und in der durch die Röntgenuntersuchungen sich manifestierenden fortschreitenden Usur der Gelenkenden gegeben. Die Resultate der konservativen Behandlung sind wie Alapys Nachuntersuchungen zeigen, sehr gute, spez. was den Grad der Verkürzung, die Atrophie und die Funktionsstörung betrifft; die Resektion wurde nur selten, bei rasch progressiven und mit langdauernden Eiterungen verlaufenden Fällen, angewandt. Auch die Gonitis wird konservativ behandelt, nur bei eitrigen Fällen sind aktivere Verfahren angezeigt.

In der Diskussion verspricht **v. Aberle** (Wien) für das nächste Jahr eine Nachuntersuchung des Lorenz'schen Koxitismaterials.

2. **Gocht** (Halle): Ueber zwei eigenartige Fälle von Klumpfuss. Der Grossvater des Patienten erwarb mit 20 Jahren einen Klumpfuss, nachdem er sich durch langes Stehen in der Nässe eine Erkältung zugezogen hatte. Der Vater des Patienten bekam mit 7 Jahren, der letztere mit 6 Jahren Klumpfuss. Gocht ist geneigt, diese scheinbare Vererbung erworbener Eigenschaften ähnlich zu erklären, wie Böhm dies bei dem späteren Auftreten einer durch kongenitale Anomalieen bedingten Skoliose tut.

3. **Peltesohn** (Berlin): Seltene Aetiologie eines paralytischen Klumpfusses: Die Ursache besteht in Kompressionslähmung des N. peroneus am Fibulaköpfchen durch Tumor (multiple kartilaginäre Exostosen). Die Therapie bestand in der Entfernung des Tumors, in welchem der Nerv „eingemauert" war.

Diskussion:

Drehmann (Breslau) glaubt nicht an die Gochtsche Erklärung, nimmt vielmehr als Ursache der scheinbar vererbten Missbildung eine vererbte neurale Muskelatrophie oder eine Spina bifida occulta an. **Riedinger** (Würzburg) denkt auch an einen Gelenkrheumatismus mit vererbter Disposition. **Böhm** hält die Gocht'sche Annahme immerhin für möglich, wenn auch nicht für bewiesen, ein Analogon findet er in der später sich manifestierenden Vererbbarkeit der Trichterbrust. **Schanz** (Dresden) hat ähnliche Fälle gesehen, wie Gocht; er führt sie auf progressive Muskelatrophie zurück. **Rosenfeld** (Nürnberg) glaubt an eine Faszienkontraktur ähnlich der Dupuytrenschen, wie er das 4mal beobachtete; ähnlich **Preiser** (Hamburg).

4. **Böhm** (Berlin): Die Rolle der Rachitis in der Aetiologie der jugendlichen Rückgratsverkrümmungen. Die Rachitis setzt anteroposteriore Abweichungen der normalen Wirbelsäulenkonfiguration, die als rachitische Kyphose bekannt sind. Diese Kyphose im Lumbodorsalteile kann eine dauernde werden resp. in den „runden Rücken" übergehen, aber auch zum „flachen Rücken" führen. Die Rachitis setzt aber auch seitliche scharfe Einknickungen im Lumbodorsalteile, ferner bogenförmige Skoliosen ohne scharfe Abknickungen, dagegen mit starken Rotationserscheinungen. Die Rolle der Rachitis in der Aetiologie der Skoliose unterliegt sehr grossen territorialen Schwankungen; sie ist äusserst gering in Amerika und Australien, sehr bedeutend



in Europa; spez. hier in Berlin dürfte mehr als die Hälfte der Skoliosen rachitischen Ursprunges sein.

5. **Biesalski** (Berlin): Zur Klinik des ossären Schiefhalses. Angeborene Anomalien der Halswirbelsäule bedingten eine typische Schiefhaltung des Kopfes.

6. **Fränkel** und **Brugsch** (Berlin); Ueber klinische Erfahrungen in der Skoliosenbehandlung, besonders über das Verhalten des Herzens.

Fränkel zeigt an photographischen resp. kinematographischen Projektionen die Technik des „Kriechens" bei den verschiedenen klinischen Formen der Skoliose. Da sich beim Kriechen lordosierte Teile stets am stärksten umkrümmen, muss man umzukrümmende Teile erst lordosieren. So bildete er die Methoden des Tief- und Steilkriechens aus. Die Kriechmethode wirkt auch günstig auf Herzbeschwerden, nervöse Dyspepsieen und lordotische Albuminurien. Brugsch bestätigt die letzteren Angaben Fränkels.

7. **Kirsch** (Magdeburg). Die Skoliose entsteht nicht in der Schule, sondern wird bereits in den untersten Klassen vorgefunden. Das Gros stellen die kongenitalen und rachitischen Skoliosen dar.

Diskussion:

Blumenthal (Berlin) empfiehlt eine neue Sportmethode, das Bogenschiessen, bei der Skoliose (je nach der Form rechts- oder linkshändig!) **Spitzy** (Graz): Kleinere multiple Abweichungen der Wirbelsäule gleichen sich aus; unsere ärztliche Aufgabe hat hauptsächlich darin zu bestehen, die Eltern zu unterweisen, wie sie ihre Kinder über die gefährliche Aequilibrierungsperiode hinüberbringen. **Preiser** (Hamburg) weist auf die Notwendigkeit der photographischen Aufnahmen unserer Skoliosen unter gleichen Bedingungen hin; hierfür kommt vor Allem die Lagerung auf der schiefen Ebene in Betracht. **Friedenthal** empfiehlt hierfür das exakte Spiegelphotographieverfahren. **v. Aberle** (Wien) warnt vor der allgemeinen Anwendung des Kriechverfahrens, solange nicht bessere Resultate gezeigt werden, wie Fränkel dies tat. **Schanz** (Dresden) hat Versuche über die Kompressionsfestigkeit von Wirbeln, normalen und rachitischen ausgeführt, die noch nicht abgeschlossen sind. Nach Schmorl weist jede skoliotische Wirbelsäule rachitische Symptome auf; Photographien decken bei geringen Aenderungen der Haltung die Deformität zu. **Schulthess** (Zürich): Die Skoliose ist ein Symptom; es gibt keine spezifische Schulskoliose. Wichtiger und zuverlässiger als die Photographie ist das Messverfahren, für welches er seinen Zeichenapparat oder seinen Nivellierzirkel empfiehlt. Auch **Bade** (Hannover) rät die Messmethode an. **Muskat** (Berlin) will scharf unterschieden wissen zwischen Schiefwuchs und Schiefhaltung. **Eckstein** (Berlin) empfiehlt Beely's Kontrollmethode für Skoliosen (Leiter und Kyrtometer). **Klapp** (Berlin) verteidigt seine Kriechmethode; die von Fränkel vorgezeigten Resultate sind nicht die besten, welche sie haben. Die Schwierigkeit der einwandsfreien Fixierung der Resultate seiner Methode teilt die letztere mit allen anderen Methoden. Es ist bisher wohl keiner Methode soviel Erfolg in der Behandlung der Herzaffektion zuteil geworden, wie der Kriechmethode. Unter den übrigen Ursachen der Skoliose muss man den alten Begriff der „konstitutionellen" Aetiologie nicht ganz zurückstellen; er hat durch Stiller neue Begründung erfahren. **Böhm** (Berlin) wendet sich gegen den letzteren Punkt, insofern die asthenische Skoliose



gänzlich unerwiesen sei. **Fränkel** (Berlin) verteidigt sich gegen die erhobenen Einwände; es lag ihm heute nur daran, die Technik zu zeigen.

9. **Immelmann** (Berlin). Pagetsche Erkrankung des Unterschenkels im Röntgenbilde. In der **Diskussion** zeigt **Schanz** ähnliche Bilder.

10. **Maier** (Berlin). Ueber Osteopsathyrosis.

Dienstag, 29. März. Eröffnungssitzung.

1. **Gebhardt** (Halle [als Gast]). Funktionelle Knochengestalt (Autorreferat.).

Vortragender berücksichtigt das Historische nur so weit es zur exakten Aufstellung des Themas erforderlich ist. Die Lehre von der funktionellen Knochengestalt, begründet von H. v. Meyer, Culmann, Roux, J. Wolff u. a., behauptet nicht nur die Übereinstimmung der bekannten auffälligen trajektoriellen Spongiosa-Architekturen mit den Zug- und Drucklinien, welche sich aus dem Verlaufe der Maximalspannungen mit analoger Verlaufsweise in festen, homogenen Körpern ergeben, sondern auch die Entstehung dieser Architekturen unter dem wesentlichen (gestaltenden) Einfluss der Funktion (im Sinne der „funktionellen Anpassung" Roux) im normalen Knochen, sowie ihre Wiederherstellung, bzw. ihren Ersatz durch eine den veränderten (atypischen, pathologischen) Verhältnissen entsprechende neue Struktur, gleichfalls unter dem wesentlichen (regulatorischen) Einfluss der Funktion nach ihrer Zerstörung oder Umlagerung. An einer Reihe schematischer Zeichnungen gelangen die nötigen Grundbegriffe aus der Festigkeitslehre und graphischen Statik mit ihren wichtigen Folgerungen, z. B. „Material aus der Mitte", rechtwinklige Elementenkreuzung, Körper „gleicher Festigkeit", steifer und elastischer Bau, Profilierungen etc. etc. zur Besprechung, während gleichzeitig eine Anzahl Diapositive und herumgereichte Knochenpräparate den Vergleich mit dem natürlichen Objekt ermöglichen. — Diesem ersten, wesentlich auf den im Wolff'schen Transformationsgesetz hauptsächlich berücksichtigten Menschen bezüglichen Teil schliesst sich eine kurze Exkursion in vergleichend-anatomisches Gebiet an. Im Anschluss an die Vorführung charakteristischer Bautypen im Diapositiv, im natürlichen Objekt und in Fournierschnitten kamen die besonderen Leistungen der einen oder anderen Bauweise zur Erörterung, — so sah V. in den sehr massiven Extremitätenknochen der Wiederkäuer Schwungmassen zur Erzielung eines gleichförmigen Ganges auch in Gestrüpp und Morast oder Sand, die noch massiveren Knochen der Sirenen dienen als Gegengewicht gegen den starken Auftrieb der bei diesen Tieren im Unterschied zu den (ihren Sauerstoffvorrat als stark oxydiertes Blut in die Tiefe nehmenden) Cetaceen luftgefüllten Lunge während des Unterwasseraufenthaltes (beim Abweiden der Unterwasserpflanzen). Die Pneumatizität der Vogelknochen fördert die hier sehr nötige Präzision der raschen, kurz unterbrochenen Flügelbewegungen durch möglichst kleine Trägheit der bewegten Massen, — die immer wieder abgeschriebene angebliche flugfördernde Verminderung des spezifischen Gewichtes durch die Pneumatizität ist in Luft natürlich völlig illusorisch. Auch die Cetaceen und die Dickhäuter stellen besondere Typen dar, jene mit sehr grosslumigen Compactakanälchen und in den am besten ans Wasserleben angepassten Typen zeitlebens rein tubulösem Knochenbau, diese mit einer sehr zahlreiche feine Bälkchen (Dichtstand feiner, grösserer Spärlichkeit entsprechend grober Elemente, Roux) besitzenden Spongiosa, die kaum eine Markhöhle übrig lassen, die übrigens auch bei den Cetaceen sehr klein ist oder (Bartenwale) bisweilen



ganz fehlt. Bei den Pachydermen sind selbst die sonst entlasteten Bezirke wegen des kolossalen Gewichtes dieser Tiere noch genügend im Sinne des gestaltenden oder wenigstens erhaltenden funktionellen Reizes beansprucht, bei den Cetaceen wird, wie bei allen Wassertieren die ganze Oberfläche der Hand- und Armknochen beansprucht, sodass von ihr in allen Punkten Trajektorien ausgehen. Viele sehr massive Knochen bedürfen wegen ihrer sehr vielfachen „Sicherheit" keines sehr feinen funktionellen Ausbaues, d. h. die Belastung erzeugt keine genügenden inneren Spannungen zur feineren funktionellen Ausdifferenzierung; wo die Spannungen aber stark genug sind, da kommt es auch hier zu trajektorieller Spongiosa-Architektur, so selbst in dem Capitulum und dem Tuberkulum der sonst ganz massiven Sirenen-Rippen. Ferner weist V. darauf hin, dass sehr viele Knochen Formen „gleicher Festigkeit" im ganzen repräsentieren. Der Demonstration einiger solcher Objekte schliesst sich noch eine Erwähnung der Congruenz des Baues und der Lebensbedingungen einzelner Gruppen an, welche unter anderm auch die Artgrösse in ihren Ursachen, unter den Einzelheiten auch die Bauunterschiede der Flügelknochen bei Vögeln und Fledermäusen, bei den ersteren auch zwischen Präzisions- und Dauerfliegern, zwischen Fliegern, Stoss- und Schwimmtauchern berührt. — Der nächste Abschnitt des Vortrages widmet sich dem Nachweis, dass auch der feinere histologische Bau des Knochens im wesentlichen allen Erwartungen entspricht, die man berechtigterweise an die ja nur auf Zug und Druck, primär aber nicht auf andere Spannungen beanspruchten Einzelelemente eines Fachwerkes stellen kann. Die Roux'sche Einteilung der Spongiosa-Elemente in Tubuli, Pilae, Lamellae, Trabeculae ist eine auch vom Standpunkt der Leistungsbeurteilung sehr zweckmässige, man darf aber nicht vergessen, dass unter allen Umständen das wahre ontogenetische primäre Bauelement des Knochens das Knochenröhrchen ist und dass aus ihm alle andern Elemente sowohl morphologisch sich ableiten, wie auch dass alle ihre Funktionen kombinierte Teilfunktionen der benachbarten Knochenröhrchenwände zunächst sind. Dieses Bestehen aus Röhrchen, überhaupt aus Hohlräumen mit steifelastischen Wänden erklärt die „Spannungsauslese" welche allen möglichen Beanspruchungen gegenüber im Knochen stattfindet, derart, dass statische Spannungen vor kurzdauernden, ausgebreitete Beanspruchungen vor eng lokalen, Zug- und Druckspannungen vor allen anderen als gestaltender funktioneller Reiz in Frage kommen, was eben die Möglichkeit für die Entstehung der Zug- und Druck-Architekturen überhaupt erst schafft. Die Analyse der Faserungsrichtung für eine Erforschung des Knochenbaues von funktionellem Gesichtspunkt gelingt leicht mit Hülfe des polarisierten Lichtes, erstens weil man bereits mit schwachen Vergrösserungen auskommt, also hier zum erstenmal die erforderliche gleichzeitige Übersicht über den Faserverlauf in grösseren Gebieten gewinnt, zweitens weil man direkt die Spannungen im Knochen vor sich hat, also sogar von der wahren Struktur eigentlich unabhängig wird, wenn es nur jene zu ermitteln gilt. — Es folgt dieser funktionellen Besprechung der Spongiosa diejenige der Compakta, insbesondere die Darstellung des besonders leistungsfähigen und ausserdem durch verschiedene Faserrichtungs-Kombinationen auch in verschiedenster Weise anpassungsfähigen Baues der Havers'schen Lamellensysteme, immer unter Demonstration einer Anzahl Modelle und Diapositive des natürlichen Objektes im gewöhnlichen und polarisierten Licht. Die Auswahl der verschiedenen Baumöglichkeiten stimmt mit ihrer spezifischen Leistungsfähigkeit und der Art ihrer Verwendung überein. Ganz allgemein stellt das



typisch orientierte Havers'sche System somit den höchst erreichbaren Grad der funktionellen Ausgestaltung im feineren Bau dar. Demonstration einiger auffälliger Übereinstimmungen im Auftreten solcher Systeme mit besonderen Verhältnissen: Vorkommen in Zug- und Druckseite von Knochen, die sonst wesentlich aus Generallamelle bestehen (Phalangen vom Flugfuchs), Verbreitung des gleichzeitig zug- und druckfesten Faserungstyps der flach-steil-flachen Faserung, der flach-steil-abwechselnden Typen etc. etc. — Im letzten Abschnitt gelangen zunächst noch wichtige Punkte aus der Lehre von der funktionellen Anpassung der Knochen zur Erörterung: normale und pathologische gestaltende Reizbarkeit, Anbildung stets auf der Druckseite, Aktivitätshypertrophie, Inaktivitätsatrophie (Roux) etc. Bezüglich der dann noch kurz erwähnten normalen und pathologischen Veranlassungen zum Umbau muss auf die ausführliche Publikation in den Verhandlungen der Orthopädenversammlung verwiesen werden, ebenso bezüglich des vom V. bereits früher betonten mangelhaften Angepasstseins der Unterextremitätenknochen des Menschen an den aufrechten Gang. Die Nachgiebigkeit vieler rhachitischer und osteomalazischer Knochen beruht auf besonderer Schädigung der Speziallamellensysteme. Bezüglich aller Einzelheiten siehe das Original!

2. **Foerster** (Breslau): Ueber die Störungen der Fixation des Beckens und Kniees bei Nervenkrankheiten. Bei Tabes und anderen Krankheiten des Nervensystems führt die Störung der Fixation des Kniegelenkes zum genu recurvatum. Beim Becken finden wir mangelhafte Fixation in der Richtung von vorn nach hinten resp. nach der Seite. An Bildern werden die typischen hieraus resultierenden Gangstörungen erläutert und ihre rationelle Behandlung durch leichte Schienenapparate demonstriert.

3. **Höftman** (Königsberg) demonstriert die schon im vorigen Jahre gezeigten Patienten mit Prothesen beider Beine, ferner einige Patienten mit Defekt der oberen Extremität, die durch Prothesen mit einfachen, höchst zweckmässig konstruierten Ansätzen Näharbeit verrichten, landwirtschaftliche Tätigkeit ausüben können u. s. w.

4. **Schanz** (Dresden): Physiologische Krankheitsbilder in der Orthopädie. Erörterungen über die vom Vortragenden aufgestellten Begriffe der „Insufficientia" pedis, vertebrae, coxae, genus.

5. **Froelich** (Nancy): Ueber angeborene Verbiegungen und Pseudarthrosen des Unterschenkels. Für die Behandlung der letzteren empfehlen sich vor allem die modernen plastischen Methoden; aber auch diese versagen in den veralteten Fällen, in welchen die Knochen stark atrophische, zugespitzte Enden zeigen.

In der **Diskussion: Reichel** weist darauf hin, dass der überpflanzte Knochen resp. das Periost an der Ueberpflanzungsstelle innig mit dem Knochen vereinigt werden muss.

6. **Hübscher** (Basel): Die operative Verstärkung des flexor hallucis longus beim pes valgus. Der einzige beim Plattfuss stark geschwächte Muskel ist der flexor halluc. longus, während der tibialis anticus oft sogar sehr kräftig ist. Will man daher operieren, so ist rationell nur die Stärkung des flex. hall. long., auf welchen man, nachdem er durch Raffung verkürzt ist, zweckmässig einen Teil des Tibialis anticus überpflanzt.

7. **Muskat** (Berlin); Heissluftapparat mit Bewegung zur Plattfussbehandlung. Der Apparat ermöglicht eine Ausnützung der während der



aktiven Hyperaemie vorhandenen schmerzlosen und ausgedehnteren Bewegungsfähigkeit.

8. **Bade** (Hannover): Die subkutane Arthrodese. Die früher angegebene dauernd gute Festigkeit der Arthrodese nach genügend langer Fixation hat sich leider nicht für alle Fälle als richtig erwiesen. Vortragender verwendet deshalb jetzt die subkutane Bolzung mittels Elfenbeinstiften, die am Fuss durch Calcaneus, Talus, in die Tibia (was, wie Bades Bilder zeigen, durchaus nicht immer leicht gelingt), am Knie durch die Femurkondylen in den Tibiakopf hinein ohne vorherige Knochenbohrung eingeschlagen werden. Gegenindikation ist beim Knie z. B. gleichzeitiges genu valgum oder Subluxationsstellung.

Diskussion:

Höftman weist auf Lexers Priorität hin. Biesalski will bei paralytischen Füssen bes. gegen das Hängen des Vorderfusses wirken. Spitzy hält Bades Vorgehen bes. für das Kindesalter für zweckmässig.

9. **Peltesohn**: Ueber pes calcaneus traumaticus. Dieser entstand nach Schnittverletzung der Achillessehne und liess sehr schön die selbstregulatorische Umformung der Wadenmuskulatur erkennen.

10. **Ludloff** (Breslau). Ergebnisse der Sammelforschung über die Endresultate der Behandlung der angeborenen Hüftluxation. Nur 8 Autoren haben Röntgenpausen eingeschickt (zusammen 331 Pausen).

In 55,7 % der Fälle fand sich konzentrische Einstellung des Kopfes, in 10 % Einstellung im oberen Pfannenquadranten, in 19,2 % Antetorsion des proximalen Femurendes, in 3,4 % Coxa vara, in 11 % Reluxation. 83 % der guten Resultate waren vor dem 3. Lebensjahre reponiert worden.

In der **Diskussion** zeigt **Gocht** eine Patientin mit seit 3 Jahren bestehender Heilung einer doppelseitigen Luxation durch blutige Reposition.

11. **Böcker** (Berlin). Seltene Folgeerscheinungen nach unblutig eingerenkter angeborener Hüftverrenkung. Diese bestanden in Coxa valga und in Fraktur.

12. **Möhring** (Kassel). Detorsionsgipskorsett für Skoliose. Das Gipskorsett ist durch mehrere horizontale Schnitte zerlegt; die Segmente lassen sich durch an 4 das mittlere Segment überbrückenden vertikalen Stahlbügeln angreifende Gummizüge im Sinne einer Detorsion der Skoliose verschieben. Ferner zeigt Vortr. den früher von ihm beschriebenen Skoliosen-Geradehalter.

13. **Galeazzi** (Mailand). Die Torsion des oberen Femurendes luxierter Hüftgelenke und ihre Beseitigung.

Nachmittagsitzung. Generalversammlung.

Resultat der Vorsitzenden-Wahl s. oben.

1. **Payr** (Greifswald). Ueber die Behandlung der Gelenkversteifungen. Nach Schilderung der operativen Methoden beschäftigt sich der Vortragende zunächst mit der Diagnose; es kommt auf die Art der Versteifung und die Zahl der versteiften Gelenke, auf den Zustand der Grundkrankheit (ist der ursprüngliche Prozess ausgeheilt oder nicht?) an. Besonders wichtig ist der Zustand des Kapselschlauches, der bei starker Schrumpfung das Gelenk, wie mit „eiserner Faust“ umklammert. Weiter ist zu berücksichtigen der Zustand der paraartikulären Weichteile, der Zustand des aktiven Muskelapparates der Allgemeinstand des Patienten. Kinder bieten kein sehr günstiges, alte Leute ein direkt schlechtes Objekt dar. Auch die sozialen Verhältnisse spielen eine



Rolle. Die Prognose ist stets ungewiss. Was die Technik der Operation betrifft, so kommt es darauf an, dass bei der Freilegung des Gelenkes kein Muskel, kein Muskelnerv durchschnitten wird. Bei der Eröffnung des Gelenkes resp. der Lösung seiner Verwachsungen sind wo möglich alle Kapselhohlräume zu entfalten, was jedoch meist nicht gelingt. In letzterem Falle sind alle diese Weichteile, also Kapsel und Bänder, ganz zu exstirpieren. Auch der Knorpel ist dort, wo er gelb, bindegewebig, auf dem Schnitte blutend (also vascularisiert!) ist, gründlich zu entfernen. Die Deckung des so entblössten Gelenkes geschieht am besten nach Hofmann mit lebendem Periost, ev. aber auch mit Fett, Faszie, Muskel, Schleimbeutel, Sehnenscheide. Bei der Operation soll die Esmarchsche Blutleere vermieden werden, damit eine exakte Blutstillung ausgeführt werden kann.

Nach Abschluss der Operation ist exakte Fasziennaht erforderlich. Wichtig ist die Nachbehandlung; tritt während der folgenden Zeit Haemarthros auf, so ist seine Entleerung durch Punktion angezeigt. Ein Extensionsverband, ev. mittels des Steinmannschen Nagels befördert einen günstigen Erfolg des Eingriffs. Vor allem sind die üblichen Methoden der Nachbehandlung, als Massage, Elektrizität, Gymnastik, Heissluftbäder, Thiosinamininjektionen anzuwenden. Experimentelle Untersuchungen zeigten dem Vortragenden, dass sich eine gut funktionierende Art von Gelenkkapsel nach völliger Exstirpation der alten aus dem paraartikulären Gewebe zu bilden vermag.

Unter seinen Operationen (Mitte der Zwanziger) erlebte Vortragender 7 mal eine gute Herstellung der Beweglichkeit. Die gonorrhoische Arthritis ist ein sehr ungünstiges Objekt für die blutige Mobilisierung.

2. **Guradze** (Wiesbaden). Ueber die Behandlung der Gelenkversteifungen. Unter den unblutigen Methoden leisteten dem Vortragenden der Langemaksche Jutefliessverband, ferner die Trennertschen Apparate, Heissluftbäder etc. gute Dienste. Die Aetiologie der Arthritis ist von wesentlichem Einfluss auf die Indikationsstellung.

3. **Stein** (Wiesbaden). Ueber einen neuen Apparat zur Behandlung versteifter Schultergelenke.

4. **Gottstein** (Reichenberg). Zur Frage der Deformitätenkorrektur mittels portativer Apparate. Vortragender behandelte 34 Fälle gonitischer Kontraktur mit korrigierenden portativen Apparaten. Diese Behandlung dauerte 6 Wochen — 1/2 Jahr. Ferner wurden 42 Fälle von genu valgum, 11 von genu varum, analog behandelt. In der Nachbehandlung des Klumpfusses wurde 22 mal der korrigierende portative Apparat verwendet.

Diskussion: **Schanz** operierte eine Ankylose der Kniescheibe durch Interposition eines parapatellaren Schleimbeutels.

5. **Dreuw** (Berlin). Ein neues System der Massage. Benutzt wurde der Wasserstrahl, der, durch feine Löcher von mit Gummi überzogenen Sonden etc. ausfliessend, eine Vibration dieser Gummidecke hervorruft.

6. **Riedinger** (Würzburg). Demonstration eines Verband- und Extensionstisches. Der Kranke liegt auf einem Gurtensystem; das Eigenartige des zweckmässigen Tisches beruht in der absolut sicheren Fixierung des Fusses in jeder gewünschten Drehstellung durch ein Gurtensystem.

Nachmittagssitzung um 5 Uhr.

1. **Schulthess** (Zürich). Ueber Skoliosenbehandlung in der Schule. Referent entwickelt seine Ansichten an der Hand folgender Thesen:



I. Rückgratsverkrümmungen sind Symptome gewisser Krankheiten oder auch die Folge unphysiologischer mechanischer Beanspruchung des Skeletts. Sie entstehen:

1. Durch Formfehler, die angeboren oder durch Verletzung erworben sind.

2. Durch Erkrankungen, welche die Festigkeit des Knochenmaterials unphysiologisch vermindern (Rhachitis, Osteomalacie). Diese Gruppe liefert die grösste Zahl.

3. Durch zwangsweise Abänderung der mechanischen Funktion der Wirbelsäule, sei es auf dem Wege der Erkrankung oder Schädigung gewisser Organsysteme, sei es durch äusseren Zwang.

Die aufgezählten Ursachen können für sich allein vorhanden oder miteinander kombiniert sein.

Die Rückgratsverkrümmungen entwickeln sich der Intensität nach der Dauer ihrer Ursachen entsprechend.

Die Neigung zur Verschlimmerung, die den Rückgratsverkrümmungen in hohem Masse innewohnt, erklärt sich teilweise aus dem Fortbestehen der erzeugenden Ursache, teilweise aus den der einmal geschaffenen Verkrümmung folgenden Wachstumstörungen.

II. Eine Schulskoliose von spezifischer Form ist bis jetzt nicht nachgewiesen. Nicht in der Fixierung bestimmter, durch die Schule veranlasster Stellungen, sondern in der durch das Schulsitzen den Kindern gegebenen Gelegenheit, bei schon vorhandener Verkrümmung und bei schwachem Skelett in zusammengesunkener Haltung stundenlang zu verharren, in der durch den Bewegungsausfall veranlassten Verkümmerung des Skeletts und der Rumpfmuskulatur ist der Einfluss der Schule zu suchen.

III. Bei 25 bis 50 % der Schüler findet man eine unschön entwickelte, mehr oder weniger fehlerhafte Wirbelsäule. Bei 8% deutliche Verkrümmungen.

IV. In Anbetracht der Ursachen deckt sich die Prophylaxe der Rückgratsverkrümmungen mit dem Kampfe gegen die Rhachitis, die Tuberkulose, die Volksseuchen, den Alkoholismus, die Degeneration der Rasse. Eine sehr wichtige Rolle kommt der Verbesserung der Säuglingsernährung zu.

V. Die verhältnismässig grosse Zahl der Schüler, die von Rückgratsverkrümmungen betroffen oder bedroht sind, die unverkennbare Schädigung, welche dieselben durch den Schulzwang erleiden, das tiefe Einschneiden der Behandlung in den Erziehungsplan zwingen die Schule sich aktiv bei der Prophylaxe und Behandlung zu beteiligen.

VI. Die Schule soll der Erfüllung der Forderungen der allgemeinen Schulhygiene (gute Beleuchtung, gute Subsellien) noch hinzufügen die bessere Pflege des Bewegungsapparates des Kindes durch die Einführung einer täglichen Bewegungsstunde, womöglich im Freien, Beschränkung der Sitzzeit, Förderung der Halbtagsschule.

VII. Die Behandlung von Rückgratsverkrümmungen ist Sache von Ärzten, die auch auf diesem Spezialgebiet ausgebildet sind. Da nicht überall orthopädische Spezialärzte vorhanden sind, so sollen von unserer Gesellschaft Ärztekurse angeregt werden, in welchen die Teilnehmer Gelegenheit haben, sich mit der Pathologie und Therapie der Rückgratsverkrümmungen vertraut zu machen.

VIII. Zum Zwecke der Behandlung der mit Rückgratsverkrümmungen behafteten Kinder soll sich die Schule mit bestehenden Krüppelanstalten, orthopädischen Kliniken und Polikliniken in Verbindung setzen, behufs Schaffung von Ambulatorien, und soll diesen Anstalten diese Kinder zuweisen.

IX. Die Schule soll für gewisse Kategorien von Kindern, welche viel Zeit auf orthopädische Behandlung verwenden und doch nicht in eine Anstalt als Interne aufgenommen werden müssen, Spezialklassen für körperlich Schwache, mit beschränkter Schüler- und Stundenzahl, schaffen.

X. Das System des sog. Skolioseturnens, d. h. der Organisation von Turnkursen für Skoliotische unter Leitung eines Turnlehrers, ist den obigen Forderungen entsprechend abzuändern.

2. **Schanz,** (Dresden): Über Skoliosenbehandlung in der Schule: Vortragender untersuchte an der Hand der Aushebungslisten der sächsischen Armee die Frage, wieviel Leute infolge Rückgratsverkrümmungen militäruntauglich seien. Es ergab sich die geringe Zahl von 7 auf 1000, wobei zu berücksichtigen ist, dass in diesen Zahlen ausser den Skoliotischen auch noch die Spondylitiker figurieren.

3. **Mayer,** (Cöln): Beobachtung bei sechsjähriger Skoliosenbehandlung in der Schule. Vortragender hat in dieser Zeit gute Erfolge erzielt.

4. **Spitzy,** (Graz): Zur körperlichen Erziehung in der Schule. Vortragender sieht, wie er schon in einer Diskussionsbemerkung hervorgehoben hat, den springenden Punkt der Therapie in der Prophylaxe, und zwar besonders in der gefährdeten Periode, in welcher das Kind die aufrechte Körperhaltung einzunehmen beginnt. Das Turnen der Kinder gehört vor das Forum des Orthopäden, dem auch, zumal an Universitätsinstituten, die Ausbildung der Turnlehrer zusteht.

5. **Böhm** (Berlin). Ueber Skoliose und Schule. Vortr. stellt folgende Thesen auf. Es gibt keine Schulskoliose, d. h. es gibt keine echten Rückgratsverkrümmungen, die in direkter Linie durch die Schule verschuldet sind. Für die Behandlung der echten Rückgratsverkümmungen ist demnach auch die Schule unter keinen Umständen zuständig. Schlechte Haltungen können zweckmässig in der Schule durch Haltungsübungen bekämpft werden, die im Anschluss an das Turnen und auch ausserhalb desselben unter Leitung von Lehrern vorgenommen werden können. Die Entscheidung darüber, was „schlechte Haltung" und was „Rückgratverkrümmung" ist, untersteht dem Schularzt, von dem eine diesbezügliche gründliche orthopädisch-diagnostische Vorbildung zu verlangen ist.

6. **Rosenfeld** (Nürnberg). Ueber Skoliose und Krüppelanstalt R. plädiert für die Angliederung der Skoliosenbehandlung an die Krüppelanstalten.

7. **Muskat** (Berlin). Ueber die Verwertung der Schulpausen zur Bekämpfung der Skoliosen.

8. **Lubinus** (Kiel). Ueber Skoliosenbehandlung in der Schule Die statistischen Erhebungen des Vortr. haben ergeben, dass die Skoliose im Laufe des Schulbesuches nicht häufiger wird.

In der Diskussion wendet sich **Blencke**-Magdeburg gegen die kurzfristigen Ausbildungen der „Turnlehrerinnen" im Kriechverfahren. **Schlee**-Braunschweig, **Wullstein**-Halle stimmen dem Referenten bei. Einsetzung einer



Kommission zur Bearbeitung einer Eingabe an das Kultusministerium bezüglich dieser Fragen.

39. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

32) Berlin den 30. März — 2. April 1910.

Bericht, erstattet von Dr. Mosenthal (Berlin).

Die diesjährige Tagesordnung des Chirurgen-Kongresses, der unter dem Vorsitz von Bier im Langenbeckhaus in Berlin stattfand, wurde mit dem Hauptthema: „Die chirurgische Behandlung der Epilepsie" eröffnet. Aus dem Referat von **Fedor Krause** (Berlin), der über die operative Behandlung der verschiedenen Epilepsieformen spricht, will ich hier nur die Form der Epilepsie erwähnen, die öfters nach zerebraler Kinderlähmung vorkommt, welche letztere nachgewiesener Massen eine ebensolche Infektionskrankheit ist, wie die spinale Form. Im akuten Stadium der zerebralen Kinderlähmung darf nicht operiert werden, wenn jedoch Epilepsie dazu tritt, soll stets operiert werden. Man findet fast stets sklerotische Veränderungen oder Cysten, die ebenso, wie das primär krampferzeugende Zentrum, zu exstirpieren sind.

Hildebrand (Berlin), der über Rückenmarkschirurgie referiert, wirft zunächst die Frage auf, ob bei Verletzungen chirurgisch eingegriffen werden soll. Wenn die Resultate bei Verletzungen auch keine sehr guten sind, so muss man doch in Betracht ziehen, dass die Patienten meist durch Blasen-, Mastdarmlähmungen zu Grunde gehen, und dass so der operative Eingriff gerechtfertigt ist, wenn die Lähmungserscheinungen nicht bald zurückgehen. Er unterscheidet Querläsionen mitKongruenz der motorischen und sensiblen mit schlaffen Lähmungen und partielle mit Inkongruenz der sensiblen und motorischen Störungen und Spasmen.

An der Halswirbelsäule soll man sich hüten einzugreifen, da bei zerstörtem Wirbelkörper durch die Entfernung der Bögen die Tragkraft der Wirbelsäule leidet, während dies bei Operationen in tieferen Abschnitten nicht der Fall ist.

Sollen wir und wann bei spondylitischen Lähmungen operieren? Da wir Befunde, wie sie manchmal festgestellt wurden, wie walnussgrosse Tbc. Herde oder flächenhafte Granulationsherde, äusserlich nicht diagnostizieren können, und diese natürlich durch orthopädische Massnahmen nicht beseitigen können, so ist ein operativer Eingriff dort gerechtfertigt und zwar dann, wenn nach kurzer Zeit orthopädisch-konservativer Behandlung kein Rückgang der Lähmungen zu konstatieren ist. Bei Tumoren ergibt sich die Frage der Operation aus der Diagnose. Von 35 Laminektomien starben 4 von 10 wegen Verletzung operierte, von 9 Tuberkulosen starb keine, jedoch nur eine wirklich gute Heilung, 4 blieben ohne Besserung, die übrigen gebessert, von 15 wegen Tumor operierten starben 2.

Küttner (Breslau): Ueber die Förster'sche Operation bei Little'scher Krankheit. K. eröffnet die Debatte über die F. Operation, indem er über 10 operierte Little'sche und ähnliche Fälle berichtet. 9 Kinder, 1 Erwachsener von 21 Jahren ohne Todesfall. 8 reinen, sehr schweren Little-Fällen, die meist als hilflose starre Klötze, fast unbeweglich, ans Bett gefesselt waren, wurde durch die Operation die Beweglichkeit ihrer Glieder wiedergegeben. Durch die Operation werden natürlich nur die Spasmen aufgehoben, während die sekundären Deformitäten noch durch Sehnen-Plastiken zu beseitigen sind. Die Resultate sind glänzende, und die Kinder, die $1^1/_2$ Monate bis $1^3/_4$ Jahr nach der Operation sind, können fast alle an 1 oder 2 Stöcken herumlaufen und in Rückenlage ihre



Extremitäten frei nach allen Richtungen bewegen. Die Kinder wurden 2zeitig, Erwachsene 1 zeitig operiert, in Zukunft will K. jedoch die Operation auch bei kräftigen Kindern einzeitig ausführen. Zur Orientierung gilt, dass die 1. Sakralwurzel dem 5. Lumbaldornfortsatz entspricht. Er legt die Kinder gleich nach der Operation in Korrektionsstellung in Gipshülsen nnd beginnt möglichst bald mit täglich öfters wiederholten Gehübungen, die aufs gewissenhafteste monate-, selbst jahrelang durchgeführt werden müssen.

Förster stellt 5 von **Gottstein** (Breslau) operierte Fälle vor. Ein 27jähriger Mann, der nach Encephalitis 3 ausser dem rechten Arm spastisch gelähmte Extremitäten hatte, konnte unmittelbar nach der Operation dieselben wieder bewegen. Eine Tenotomie zum Ausgleich der Verkürzung der Handflexoren war ohne Erfolg; ferner wurde eine einseitige luetische Lähmung mit nur geringem Erfolg operiert, da die Krankheit noch progredient war.

Ein Little mit gutem Erfolg, ein Little mit epileptischen Krämpfen starb 2 Tage nach der Operation. Ein Fall von spastischer Spinalparalyse starb an Meningitis. Er empfiehlt das einzeitige Verfahren; Blutungen in die Dura sind durch stumpfes Vorgehen und Adrenalintupferauflegen vor Eröffnung der Dura zu vermeiden, gleich nach der Operation sollen Gipshülsen angelegt werden.

Wendel (Magdeburg) hat einen Fall von spastischer Paralyse des rechten Beines mit Sensibilitätsstörung nach Stichverletzung des Rückenmarks nach Förster operiert, Resection der 3., 5. Lumbal-, 2. Sakralwurzel. Die Spasmen verschwanden, seit 8 Tagen Zehenbeweglichkeit, nirgends Entartungsreaktion, aber herabgesetzte Erregbarkeit, die Beinmuskeln ausser dem Quadriceps sind aktiv beweglich, dieser wird später durch eine Plastik ersetzt.

Klapp (Berlin) hat 6 Fälle operiert, bei einem sehr schweren 7jährigen Little waren Tenotomien erst ohne Erfolg; nach der Operation verschwanden die Spasmen sofort, er empfiehlt zunächst ausgedehnte Plastiken zu machen und nach 8 Tagen die Förstersche Operation. 1 Fall, der zweizeitig operiert wurde, verlief nicht ganz aseptisch, ein Fall starb am 6. Tag an Bronchopneumonie.

Biesalski (Berlin) 2 Fälle, von denen einer nach eitriger Joddermatitis starb, der 2te liegt jetzt im Gipsverband, er empfiehlt zunächst ein Jahr lang orthopädische Massnahmen, bevor man an die Operation geht, und die sekundären Erscheinungen vor der Försterschen Operation durch Plastiken zu beseitigen.

Göbell (Kiel) hat einmal bei Hydrocephalus internus mit einseitiger spastischer Lähmung mit gutem Erfolg operiert; ein schwerer Fall von Little, bei dem die Muskeln kurz nach der Operation schlaff wurden, zeigt jetzt wieder Spasmen, er wirft die Frage der Regeneration der Wurzeln auf, die dann eventuell geknotet oder umgeklappt und vernäht werden müssten.

Brodnitz (Frankfurt a. M.) empfiehlt bei zweizeitigem Operieren, die erste Sitzung erst bei der Skelettierung zu beendigen.

Franke (Braunschweig) glaubt, bei Anerkennung der Methode durch Muskel- und Sehnenoperationen ähnliche Erfolge zu erreichen, dagegen empfiehlt er, die Operation öfters bei Tabes anzuwenden.

Tietze (Breslau), der seinerzeit die erste Förstersche Operation ausgeführt hat, hat im Ganzen 9 × mit 3 Todesfällen operiert. 2 Little, 1 spondylitische Lähmung, einmal bei gastrischen Krisen, Sklerose und Frakturen. Die Operation wird von Kindern leichter ertragen, als von Erwachsenen.

Spitzy (Graz) erinnert zum Ausgleich sekundärer Erscheinungen an die Nervenplastik.



Moscowicz (Wien) hat 2mal, erst vor kurzem, wegen gastrischer Krisen operiert. Endresultat steht noch aus.

Küttner (Schlusswort) glaubt, dass eine Regeneration der durchschnittenen Wurzeln nicht zu befürchten sei, die Resultate bessern sich von Tag zu Tag, der Zeitraum sei aber noch zu kurz, um ein definitives Ergebnis festzustellen, man solle jedenfalls nicht zu früh die orthopädischen Operationen nach der F. beginnen, die orthopädischen Operationen vor der Försterschen scheitern meist an dem Mangel willkürlicher Bewegungen, sollen daher nachher ausgeführt werden. Bei gastrischen Krisen und progredienten Erkrankungen ist die Indikation zur Operation mit grösster Vorsicht zu stellen; man sei jedenfalls Förster zu grossem Dank verpflichtet, der diese neue Methode erdacht habe.

Förster (Schlusswort) berichtet, dass Regeneration beim Tierexperiment nicht besteht.

Aschner (Wien). Ueber Folgeerscheinungen nach Exstirpation der Hypophyse. A. hat festgestellt, dass das gesamte Körperwachstum nach H.-Exstirpation proportional zurückbleibt, die Hypophyse ist auf Grund seiner Versuche kein absolut lebenswichtiges Organ, schwere Dystrophien und echter Zwergwuchs beruht mit grösster Wahrscheinlichkeit auf Hypophysendefekt.

Lexer (Königsberg). Zur Gesichtsplastik. L. bringt einige Neuerungen und Modifikationen zur Rhinoplastik nach Schimmelbusch, die er immer noch für die beste Methode bei totalem Nasendefekt hält. Er legt grossen Wert darauf, die innere Nase sofort mit Haut zu überkleiden, die Modellierung der Nasenwurzel wird durch subkutane Gewebsentfernung, der Nasenspitze durch Einsetzen eines kleinen Knochens an der Spitze erreicht. Das Septum wird aus Schleimhaut der Oberlippe gebildet, gute Dienste leistet der Ohrknorpel.

Beschreibung von Ohrplastiken, bei doppelseitiger Hasenscharte mit zu kurzer Oberlippe nimmt er ein kleines Läppchen aus der Unterlippe, ferner beschreibt er einen Fall von Wangen- und Lippenplastik, beim Mann verwendet er behaarte Lappen aus der Temporalisgegend.

Lexer: Gelenktransplantation. L. demonstriert 4 Fälle von Gelenktransplantation, er verwendete stets frisch amputierte Gelenke, die Erfolge sind glänzend. Bei einem 20jährigen Mädchen überdeckte er das Gelenk mit Hydrocelenhaut, das gab aber dicke schwartige Massen, die die Funktion behinderten. Ob man die Synovialis mit fortnehmen soll, darüber kann er noch keine Auskunft geben. Belastet man zu zeitig, so wird der Knorpel geschädigt, bei einem Fall von zentralem Sarkom der Tibia, bei dem $9^1/_2$ cm reseziert und durch ein frisch amputiertes Knie ersetzt wurden, machte er erst $^1/_2$ Jahr nach der Operation Gehübungen. Bei einem andern Fall von Sarkom ist ein Sarkomrecidiv in das transplantierte Gelenk hineingewachsen, und es musste amputiert werden.

Wolff (Potsdam) demonstriert einen Fall von Ersatz eines Fingerphalanxgelenks durch ein Zehengelenk mit guter Beweglichkeit. Der Zehendefekt wurde durch Rippenknorpel ersetzt.

Rehn jr. (Königsberg.) berichtet ebenfalls über seine schon voriges Jahr vorgetragenen Versuche von freier Gewebsplastik. Der autohomoplastische Ersatz sei der beste. Der Erfolg sei an Herstellung normaler Sehnenspannung und frühzeitige Inanspruchnahme der Sehne geknüpft. Neuere Operationen sind mit gutem Erfolg ausgeführt. Ersatz der Quadriceps — durch Achillessehne. 2 Fälle von myogener Kontraktur der Hand, durch Sehnen von einem ampu-



tierten Unterschenkel ersetzt, gaben 8 Wochen nach der Operation einen sicheren Erfolg, eine epigastrische Hernie wurde ebenfalls statt mit Drahtnaht durch eine lebenswarme Sehne ersetzt. Die freie Fetttransplantation, von Czerny 95 zum Ersatz einer amputierten Mamma mit Erfolg ausgeführt, sollte viel mehr verwendet werden. Schon nach 8 Tagen ist das frisch implantierte Fett von Bindegewebe umgeben und nach Monaten noch gut erhalten; es eignet sich glänzend zum Ausfüllen von Hautdefekten, Knochenkariesdefekten.

Läwen (Leipzig) demonstriert einen Fall von Bauchhernie, der durch Aufsetzen eines Periostlappens geheilt wurde.

Kirschner (Greifswald) schildert die Vorzüge der freien Faszientransplantation: Autoplastik ist stets möglich, da in der Fascia lata stets genügend Material zur Verfügung ist. Die Fascie schrumpft nicht und wird sich auch bei orthopädischen Operationen bewähren an Stelle von Katgut und Seide bei Sehnendefekten, bei Defekten an der Körperwand, Bauchdecken, Blase. Die funktionellen Resultate sind hier jetzt sehr gut, und ist hervorzuheben, dass auch an der materialspendenden Stelle keine Schädigung entsteht. Payr hat mit gutem Erfolg bei kongenitaler Ptosis einen Fascienstreifen ins obere Lid eingelegt.

Bauer (Breslau) berichtet über mit Dr. Weil an der Breslauer Klinik ausgeführte Knochenkonservierungsversuche, um ein dem lebenden periostgedeckten Knochen physiologisch möglichst nahestehendes Material ständig zur Verfügung zu haben. An 50 Hundeversuchen wurden exstirpierte Knochen zunächst in konzentrierter Kochsalzlösung, der dann indifferente Antiseptica, Toluol, Chloroform zugesetzt wurde, dann in Serum getöteter Tiere, in Lockscher und endlich in der dem Blutplasma isolonischen Ringerschen Flüssigkeit aufgehoben, bei 0—1° Temperatur im Morgenrotschen Eisschrank, letztere Flüssigkeit bewährte sich am besten. Alle so konservierten Knochen heilten reaktionslos ein, und selbst die 3 Wochen aufgehobenen Knochen kamen zur festen Konsolidation, im Gegensatz zu Kontrollversuchen mit ausgeglühten Knochen und Elfenbein. Ohne ein endgültiges Urteil über den definitiven Erfolg wegen der Kürze der Zeit (2 Monate) abzugeben, glaubt B., dass die so konservierten Knochen allem anderen Ersatzmaterial vorzuziehen seien.

Diskussion: **Ritter** (Posen) empfiehlt die Faszientransplantation zur Deckung von Amputationsstümpfen, bei Sehnentransplantationen hat er mit gutem Erfolg öfter ein Venen- oder Arterienrohr über die Sehnennaht gestülpt.

Hacker (Innsbruck) empfiehlt bei Sehnenverkürzung der Hand, die Beuger durch die Strecker und umgekehrt zu ersetzen, auch die Palmarissehne wurde einmal zum Ersatz der Beuger herangezogen. **Küttner** berichtet über den Ersatz eines Hüftgelenks bei Chondrosarkom durch ein der Leiche zwölf Stunden post mortem entnommenes und in Kochsalz-Chloroform 24 Stunden konserviertes Hüftgelenk, das reaktionslos einheilte, nach unten mittels Elfenbeinstift fixiert wurde. Am Gelenk selbst ist zunächst die Pfanne dem Kopf passend zu machen. **Bier** (Berlin) empfiehlt das Fett zur Plastik speziell zum kosmetischen Effekt zu verwenden.

Wilms (Basel). Fettembolie. Die Fettembolie, die nicht auf dem Blutwege, sondern auf dem Lymphwege zustande kommt, ist, wenn man sie zeitig genug erkennt, zu heilen, und zwar durch Auffangen des Fettes am ductus thoracicus, die Operation ist leicht und der Erfolg glänzend. Die Schwierigkeit besteht darin, dass wir die Anfangssymptome der Fettembolie nicht kennen, und daher oft zu spät kommen. Einmal mit Erfolg ausgeführt.

Dollinger (Budapest) berichtet über die Reposition veralteter Schulterluxationen mittels Durchschneidung der Sehne des Musculus subscapularis und Schnitt von hinten. Die funktionellen Resultate sind besser wie bei den anderen Methoden.

Fink (Karlsbad) stellt einen Fall von veralteter Luxation des Fusses nach hinten mit doppelseitiger Unterkieferluxation vor, die blutig reponiert und geheilt wurden.

Diskussion: **Schlange** (Hannover) bemerkt, dass bei veralteter Schulterluxation der verkürzte Subscapularis ein wesentliches Repositionshindernis sei.

Neuber (Kiel). Ueber die Behandlung der tuberkulösen Coxitis. N. empfiehlt eine weitere Methode zur Freilegung des Hüftgelenks von vorn. Schnitt am inneren Rand des sartorius und rectus femoris, der nach querer Durchtrennung nach unten geklappt und später wieder genäht wird. Gefässe medial verzogen, dann hat man einen guten Einblick ins Gelenk, wenn dann der obere Acetabularrand abgemeisselt wird, liegt der Kopf frei, nach Exstirpation alles erkrankten, (auf den unteren Recessus der Kapsel ist zu achten) wird ein rudimentärer Kopf geschaffen. Das Tbc. virus wird durch Auswaschen mit 5% Formalinseife getötet, das Gelenk ausgetrocknet und 5% Jodoformemulsion appliziert, Kapsel-, Muskel- u. Hautnaht. Der Vorteil dieser Methode besteht im guten Ueberblick über das Gelenk, die pelvitrochanteren Muskeln werden geschont. N. hält es für richtiger, wenn durch das Röntgenbild Knochenherde nachgewiesen sind, diese zu entfernen. Die Resultate seien günstiger als die konservativen.

Fränkel (Berlin) stellt die an der Bier'schen Klinik konservativ behandelten Coxitis-Fälle vor. Die Gonitis tbc. gibt konservativ die relativ schlechtesten Resultate. Nach Beseitigung der Kontraktur-Stellung wird ein Entlastungsverband angelegt. Auch die Tbc. des Fusses verlangt vielmehr Entlastung als Fixation.

Diskussion: **Alapcy** (Budapest) nimmt als Indikation zur Operation an der Hüfte nur die inficierte Fistel an, er empfiehlt an der konservativen Behandlung festzuhalten, die funktionell viel bessere Resultate gäbe, beim Knie soll auch nur bei vorhandenem Eiter operativ vorgegangen werden.

Spitzy (Graz) hält einen operativen Eingriff am Hüftgelenk nur bei Lebensgefahr für indiciert, er rät bei der Tbc. des Schultergelenks den Verband auch in günstigster Stellung, hochstehend und abduciert anzulegen.

Müller (Rostock). Die operative Indikationsstellung bei der Gelenktuberkulose ist schwer allgemein zu bestimmen, er glaubt, dass bei 2 von Fränkel vorgestellten 7 Jahre behandelten und angeblich geheilten Fällen am Fuss noch Tbc. vorhanden sei, er stellt sich auf den von Kocher präcisierten Standpunkt, käsige Herde möglichst frühzeitig zu entfernen.

Perthes (Leipzig) demonstriert einen von ihm erdachten Apparat zur schmerzlosen Erzeugung künstlicher Blutleere mit abgemessenem Druck, der aus einer Hohlmanschette besteht, in die mit einem Ballon Luft eingeblasen wird, verbunden mit einem Manometer, man kann jederzeit die Höhe des Druckes abmessen, auch brauchbar zur Dosierung Bierscher Stauung.

Gocht (Halle) empfiehlt bei starker Kompression (Momburg) unter die Binde Faktiskissen, von Schulze (Duisburg) angegeben, zu verwenden, da er bei Verwendung Momburgscher Blutleere vorübergehend Blut im Stuhl durch Schädigung der Därme konstatieren konnte.

Röpke (Jena) empfiehlt bei genu valgum zwei Knochenschnitte, die



einen mit der Basis nach oben, Spitze nach unten zwischen den Kondylen gelegenen Keil bilden.

Muskat (Berlin) demonstriert einen Lagerungsapparat für genu valgum.

Klapp (Berlin) bespricht die operative Mobilisierung des Kniegelenks. Man soll dieselbe nicht vornehmen, wenn die Tragfähigkeit des Gelenkes nicht gewährleistet ist. Er demonstriert einen Fall, den er nach einer schon früher veröffentlichten Methode (Keilresektion und Verwendung der hinteren Kondylenfläche als Gelenk) operiert hat.

Steinmann (Bern). Ueber Meniskusverletzung und Meniskus bipartitus am Kniegelenk. Die parallele seitliche Verschiebung des Unterschenkels wird nach seiner Meinung nicht genügend zur Entstehung von Meniskusverletzung herangezogen. Eine gewisse Disposition ist nicht zu leugnen.

Ludloff (Breslau) berichtet über eine merkwürdige Knieverletzung, 15jähriges Mädchen mit plötzlichem Schmerz, Krachen und spastischer Steifstellung. Im Röntgenbild fand sich ein kleiner Knochenherd in der Patella; er bemerkt, dass nicht alles Krachen im Gelenk als Arthritis zu deuten sei, sondern auch Knorpelrisse veranlassen dieses Geräusch, er empfiehlt häufiger Probearthrektomien zu machen.

Diskussion: **Katzenstein** (Berlin) rät bei Meniscusverletzung, möglichst immer den Meniscus durch Naht zu erhalten, wenn die Kontinuität noch vorhanden ist.

Deutschländer (Hamburg). Die chirurgische Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. Bei der Krüppelzählung hat sich ergeben, dass von 6000 Luxationen 5000 über 6 Jahre alt sind, bei denen die unblutige Reposition nicht mehr anwendbar ist. Bei der blutigen Reposition hat sich die von Ludloff in Einrenkungsstellung gemachte Schnittführung bewährt, die aber nur zu machen ist, wenn man das Bein in diese Stellung bekommt, sonst empfiehlt D. einen ähnlichen vorderen Schnitt, wie oben Neuber angegeben hat, oder den von Sprengel angegebenen mit Abtrennung des Ansatzes der Fascia lata. Der Muskel ist dann zurückzuschlagen, dann werden die Repositionsakte unter Ausschaltung aller Weichteilwiderstände in Extension möglich. 5 von 6 Fällen sind funktionell gut geheilt.

Diskussion: **Bade** (Hannover) hat unter 160 Fällen 15 mal blutig reponiert. Bei unblutig mit Misserfolg operierten jüngeren Kindern versagte auch die blutige Einrenkung. Er operiert nur einseitig, da die doppelseitig gleichzeitig operierten ungünstigere Resultate geben. **Gocht** weist darauf hin, dass das ausschlaggebende Moment das Vorfinden von guten anatomischen Verhältnissen sei.

Anschütz (Kiel). Demonstration zur Verlängerung verkürzter Extremitäten. Durch Nagelextension und treppenförmige Osteotomie sind Verkürzungen bis 15 cm ausgleichbar. **Steinmann** demonstriert einen neuen Apparat zur Anlegung der Nagelextension.

Ludloff (Breslau). Erfahrungen über Knochennähte bei Frakturen. Bei Frakturen beider Unterarmknochen ist die beste Stellung zur funktionellen Heilung die Mittelstellung. Die Knochennaht wurde in 7 Fällen mit gutem Erfolg ausgeführt, in einem Fall von Oberschenkelfraktur, bei dem Extension nach Bardenheuer und Zuppinger nicht vertragen wurde.

Dreyer (Breslau) demonstriert Präparate von Sehnennähten nach seiner neu angegebenen Methode, die den Vorteil haben, die Sehne nicht zu um-



schnüren und trotzdem quer angelegt sind, die nach 11 Tagen schon freibeweglich gelassen wurden uud gut hielten.

Fabricius (Wien) demonstriert eine grosse am Oberschenkel exstirpierte knorplige Exostose.

Bergel (Hohensalza) hat durch subperiostale Injektion von Fibrin Callusbildung erzeugt und nachgewiesen, dass das Fibrin der wichtigste Bestandteil zur Erzeugung von Callus ist. 3 Fälle von Pseudarthrosen, bei denen andere (Blut) Injektionen versagten, wurden geheilt.

Diskussion: **Rehn** (Frankfurt a. M) empfiehlt bei vorhandenen Zacken bei Fraktur stets den Verzahnungsversuch durch Gegeneinanderstellen der Fragmente zu machen. **König** (Altona) rät bei Frakturen mehr auf das Periost zu achten, und bei Freilegung der Fraktur danach zu sehen, wohin sich das Periost verschlagen hat, und dieses möglichst zu vereinigen. **Wilms** wendet bei Schrägfrakturen die circuläre Umschnürung mit Draht an, bei Querfrakturen benutzt er einen in der Mitte eingekerbten Nagel, um den ein Seidenfaden geschlungen ist, der ganz in das eine Fragment als Bolzen eingelegt wird, nach Adaptierung wird der Nagel an dem Seidenfaden halb herumgezogen, der dann zu gleichen Hälften als Bolzen in den Markhöhlen ruht. Bei der Sehnennaht warnt er vor Nähten, die in der Längsrichtung ziehen und rät früh zu bewegen. **Ludloff** (Schlusswort) macht nochmals darauf aufmerksam, wie wichtig die Mittelstellung bei Vorderarmfraktur ist, und dass nur in dieser Stellung die Verzahnung möglich sei.

Muskat empfiehlt bei fixierten Plattfüssen nach korrigierter Stellung den Mastixverband.

Levy (Breslau) betont, dass beim mal perforant pedis die Beteiligung des Gelenkes nicht von der Wunde ausgeht, sondern dass die Athropathie meist primärer Natur sei, unter 20 Fällen wurde 6 mal operiert, davon 4 glatte Heilungen. Ein Ausbleiben der Heilung bei radikalem Vorgehen bestätige ein noch Vorhandensein der Osteopathie.

Nösske (Kiel). Zur Behandlung venöser Stase und drohender Gangrän. Demonstriert ein Präparat von abgeschnittenen Fingerkuppen, die nur an einer dünnen Hautbrücke hingen. Wurde das fast abgetrennte Endstück breit incidiert, so färbte sich dasselbe mit der in die Hand eingespritzten Lösung, während das nicht incidierte Endglied weiss blieb. Auf diese Weise kann man die drohende Gangrän solcher Endglieder vermeiden.

Diskussion: **Hofmann** (Meran) hat in Südtyrol 11 mal bei Leuten über 40 Jahren mal perforant mit gleichzeitigen Veränderungen an anderen Gelenken bei Alkoholikern vorgefunden. **Sonnenburg** (Berlin) rät den Allgemeinnamen „mal perforant“ vollständig zu streichen, und das ulcus je nach der Ätiologie zu benennen, die sehr vielseitig sei.

Nehrkorn (Elberfeld) berichtet über einen Fall von Osteosklerose mit starken Schmerzen, der durch Trepanation der langen Röhrenknochen geheilt wurde. Ätiologie bez. Lues negativ, dagegen war eine Hypoplasie des Marks vorhanden.

Ehrich (Rostock) stellt einen Fall von habitueller, doppelseitiger angeborener Peroneussehnenluxation vor.

Brunner (Münsterdingen). Wundbehandlung. Die Sammelforschung über Hand- und Hautdesinfektion ergibt, dass am meisten immer noch die Fürbringersche



Methode, Seife, Alkohol, Sublimat angewendet wird, von Nahtmaterial wird am meisten Jodcatgut verschiedener Herstellung benutzt, es wird meist trocken operiert, zum Tamponieren neben aseptischem Material meist Jodoformgaze benutzt. Accidentelle Wunden bei Unfallverletzten werden meist aseptisch mit Anfrischung der Ränder (Friedrich) behandelt, offene Frakturen häufig mit Perubalsam behandelt.

Ritter (Posen) hat mit Erfolg die heisse Luft zur Behandlung des Erysipels angewendet.

Hohmeyer und **König** (Altona) haben zur Feststellung des jetzigen Standes der Lumbalanaesthesie 24000 Fälle gesammelt. Resultate: viele Operateure haben die L. wieder verlassen, bei Kindern unter 14 Jahren ist sie nicht anzuwenden, bei Erwachsenen nur dann, wenn eine Allgemeinnarkose oder Lokalanästhesie kontraindiziert ist. Zahl der Versager 9 %. Nachwirkungen: teils unerträgliche Kopfschmerzen, die durch die allgemein anwendbaren spezifischen Mittel unbeeinflussbar blieben, einmal durch Kochsalzinfusion gebessert wurden. 5 Fälle von Abducenslähmung, davon 2 bleibende, vorübergehende Paraesthesien des Ischiadicus. Störungen der Nieren wurden nicht beobachtet, dagegen Erbrechen, Temperatursteigerungen. 4 Asphyxien, die durch künstliche Atmung behoben wurden, 1,7 % Lungenerkrankungen, Bronchopneumonien etc. Todesfälle 1 : 200, davon 4 sofort unter Atemlähmung, Anurie (Apoplexia cerebri). 3 Fälle von Meningitis purulenta.

König, der vor 6 Jahren nach Lumbalanaesthesie bei Patellarfraktur eine Lähmung beobachtete, ist zu Novocain übergegangen und berichtet über einen Todesfall bei Schenkelhalsfraktur vor Beginn der Operation. Todesfälle bei Arteriosklerose sind auf den Adrenalinzusatz zurückzuführen. Auch die Anzahl der Bronchitiden sei nicht geringer wie bei Inhalationsnarkose. Da die L. das Zentralnervensystem, das bei Allgemeinnarkose nicht geschädigt wird, schädigt, hält er es nicht für berechtigt, die L.-A. zum Ersatz der Allgemeinnarkose anzuwenden, sondern fordert strikte Indikationsstellung.

Dönitz (Berlin): Die Nacherscheinungen bei L.-A. entstehen aus chemischen, thermischen und mechanischen Reizen. Cocain reizt am stärksten, weniger Novocain, Stovain, am wenigsten Tropococain, sehr schädlich ist die zersetzte Adrenalinsubstanz. Kalte Lösungen reizen stark, die Lösung soll daher angewärmt sein.

Strauss (Frankfurt a. M.) greift die Königsche Statistik an. Er hat unter 30000 gesammelten Fällen nur 1 : 1800 Todesfälle feststellen können.

Müller (Rostock) wendete in 2000 Fällen immer Stovain an. Die Kopfschmerzen seien durch Regulierung des zentralen Druckes — bei Ueberdruck Ablassen von Zereb.-Flüssigkeit, bei Unterdruck Kochsalzinfusionen — zu regulieren.

VI. Kongress der Deutschen Röntgen-Gesellschaft in Berlin, 3. April 1910.

33)

Bericht, erstattet von Dr. Richard Radike in Berlin.

Vorsitzender: Privat-Dozent Dr. Holzknecht, Wien.

I Therapeutische Vorträge, Vorträge aus der innern Medizin, chirurgische Vorträge.

1. **H. E. Schmidt** (Berlin). Inoperables Sarkom der Hals- und Achseldrüsen, Inoperables Sarkom der linken Tonsille mit Drüsen-



Metastasen, Angiomatöser Tumor der linken Wange, erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt. Ein bereits einmal operiertes Lympho-Sarkom der rechten Halsseite mit Metastasen in Hals- und Achseldrüsen ist durch Bestrahlung mit günstigem Resultat behandelt. Desgleichen ein Tonsillensarkom. In beiden Fällen traten während der Bestrahlung neue Metastasen auf, die beide Male auch mit Erfolg bekämpft wurden. Redner gibt die Art der Technik derartiger Bestrahlungen genauer an. Ein weiterer Fall, der augenblicklich noch in Behandlung ist, macht gute Fortschritte. Der Angiomfall zeigte bereits nach 6 maliger Bestrahlung ein günstiges Resultat. Krankenvorstellung.

In der Diskussion berichten Müller und Rosenblatt über ähnliche mit gutem Erfolg bestrahlte Fälle.

2. **Albers-Schönberg** (Hamburg). Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Fortsetzung des Berichts vom vorjährigen Kongress über die Uterusbestrahlungen. Von den im Vorjahre berichteten Fällen sind bei 6 Myomerkrankungen die Blutungen völlig beseitigt, nur in einem Fall sind geringe, aber beschwerdefreie Blutungen eingetreten. Redner berichtet über 10 neue Myomfälle, von denen 2 gebessert, einer ungeheilt und 7 geheilt sind. Die Dauer der Bestrahlungen war um so kürzer, je älter die Patientin war, z. B. bei einer 50 jährigen Patientin 72 Minuten, bei einer 41 jährigen 398 Minuten. Schädigungen sind keine aufgetreten. Vortragender warnt nochmals ausdrücklich davor, ausgeblutete Frauen mit Herzschwäche einer Röntgenbehandlung zu unterziehen.

3. **Gauss** (Freiburg). Ueber Tiefenbestrahlungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Bericht über die Versuche mit Röntgenbestrahlungen in der Freiburger gynäkologischen Klinik. Es sind im ganzen 40 Fälle bestrahlt worden: 1 Fall von Carcinom, 10 Fälle von Myom, 12 Fälle von Metrorrhagie, 9 Fälle von Dysmenorrhoe, ferner Tuberkulose der Genitalien und des Bauchfelles und schliesslich Pruritus vulvae. Die Resultate sind im allgemeinen gut zu nennen. Es sind auch 5 Fälle von Gravidität zu Erzeugung von Abort und Sterilität bestrahlt worden, darunter 3 mal erfolgreich.

4. **Reifferscheid** (Bonn). Histologische Studien über die Beeinflussung menschlicher und tierischer Ovarien durch Röntgenstrahlen. Nach diesen Untersuchungen beim Menschen und beim Affen ererscheint die spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Ovarien erwiesen.

In der Diskussion berichtet Krause über 20 in der Jenenser Klinik von Faber mit günstigem Resultat vorgenommene gynäkologische Bestrahlungen. Hänisch hat bis jetzt 15 gynäkologische Fälle mit Bestrahlung behandelt, davon sind 9 bereits abgeschlossen, ein Misserfolg ist zu verzeichnen bei einer verhältnismässig jungen (34 jährigen) Patienten mit submukösem Myom, die erfahrungsgemäss sich für die Bestrahlung nicht eignen. Reifferscheid berichtet über 23 Fälle in der Bonner Klinik, die in derselben Weise behandelt sind. Im Gegensatz zu Albers-Schönberg hat er auch junge Frauen bestrahlt, davon sind 2 geheilt, 6 gebessert, 6 ungeheilt, 9 haben sich der Behandlung entzogen. Frank Schultz warnt vor Vergleichen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen bei den Tier- und Menschenversuchen. Köhler berichtet über seine Technik der gynäkologischen Bestrahlung.

5. **Quiring** (Hamburg). Ueber Röntgentherapie mit abgekürzter Expositionszeit.

6. **Hessmann** (Berlin). Massendosierung bei Tumoren. Bericht über 1 Fall günstiger Beeinflussung des Mammakarcinoms nach Massendosierung.

7. **Schwarz** (Wien). Die praktische Durchführung der Desensibilisierung. Dieselbe erfolgt durch Kompression, infolge deren eine höhere Dosierung erfolgen kann.

8. **König** (Altona). Ergebnisse des Röntgenstudiums an Frakturen für die Therapie. Vortragender bespricht und erläutert an Bildern die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung für die Diagnose der Frakturen und ihre Therapie. Zunächst gibt sie uns Aufschluss, ob die Einrichtung, und wie weit sie erfolgt ist. Sie hilft uns die Fälle aussuchen, in denen blutig vorgegangen werden muss, wie bei Gelenkbrüchen, bei isolierten Frakturen des Radius und der Ulna, bei Verzahnung der Bruchenden. Redner geht dann auf die Wichtigkeit der röntgenologischen Beobachtung der Callusbildung ein. Bei mangelhafter Callusbildung, die sich im Röntgenbilde manifestiert, ist Unterstützung indiciert, d. h. eine lokale Behandlung. Bei Pseudarthrose, wo keine Callusbildung eingetreten ist, muss zur Operation geschritten werden. Vortragender macht im Anschluss daran noch besonders aufmerksam darauf, dass kindliche Frakturen, die mit schwerer Dislokation geheilt sind, später sich oft im günstigen Sinne entwickeln. Es sei daher der blutige Eingriff unter Umständen zu verschieben.

9. **Försterling** (Mörs). Bericht der Kommission zur Erforschung der Wachstumschädigung durch Röntgenstrahlen.

10. **Gocht** (Halle). Bericht der Kommission zur Beratung der Thesen bezüglich Röntgenverbrennungen.

11. **Levy-Dorn** (Berlin). Zur Frage der Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen berichtet L., dass er bei einem Material von ca. 1000 Patienten, die zusammen in ca. 10000 Sitzungen bestrahlt sind, sowie bei ca. 10000 Fällen, die zum Zweck der Untersuchung den Röntgenstrahlen ausgesetzt sind, nur 2 schwere Verbrennungen aus der ersten Zeit der noch mangelhaften Röntgentechnik gehabt habe, wie sie bei den Anfangsstadien einer neuen Methode erklärlich sei. Eine eigentliche Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen habe er nie beobachtet. Redner geht auf die von ihm ausgeübte Art der Röntgentechnik ein. Kurze Bestrahlungen bei Massendosierung können bis 50mal wiederholt werden und geben gute Resultate, harte Röhren ziehe er dabei vor. Vortragender bespricht dann näher die Arten der Hautreaktion, die er nicht als vom Gefässsystem ausgehend ansieht, sondern als eine besondere Erregbarkeit des Pigmentgewebes.

In der Diskussion sprechen Holzknecht, Hänisch und Preiser über die Arten und Ursachen der Reaktion.

12. **Holzknecht** (Wien). Demonstration zur Dosierung. Der Apparat besteht in einer Skala zum Saburaud-Noiréschen Instrument.

13. **Davidsohn** (Berlin). Schutz gegen Röntgenstrahlen für Arzt und Patienten.

14. **Walter** (Hamburg). Schutz gegen sekundäre Röntgenstrahlen.

15. **Mayer** (Basel). Die Behandlung der Röntgenschädigungen mit flüssiger Kohlensäure.

Im Anschluss an diesen Vortrag warnt Albers-Schönberg dringend davor nach den letzten traurigen Erfahrungen, Zeit mit irgend einer anderen Behandlung zu verlieren, so wie die Gefahr eines Cancroids vorliege, sondern in solchen Fällen sofort eine chirurgische Behandlung einzuleiten.

In der Diskussion zur Frage des Schutzes gegen Röntgenstrahlen demonstriert Bauer-Berlin eine Röhre, die total mit 2 mm starkem Bleiglas um-

geben ist. Es sprechen ferner Krause, Gocht, Eckstein, Hänisch, Holzknecht, Walter.

16. **Plagemann** (Rostock). Wie weit beeinträchtigen multiple kurzzeitige chirurgische Röntgenaufnahmen das Wachstum der Extremitäten? Demonstration an Röntgenbildern, dass die speziell bei den langdauernden Behandlungen der Luxatio Coxae notwendigen häufigen Aufnahmen zu schweren Schädigungen der Diaphyse führen können.

17. **Dohan** (Wien). Therapie der chronischen Arthritiden, hat bei der Bestrahlungs-Therapie günstige Resultate beobachtet. Es trat ein Nachlassen der Schmerzen ein, sowie der Schwellung und Gelenksteifigkeit. Besonders günstig wurden die Fälle von Arthritis gonorrhoica beeinflusst. Die Bestrahlung erfolgte in Intervallen von 14 Tagen, eine Sitzung, starke Dosis.

18. **Rieder** (München). Kavernen bei Anfangstuberkulose. Demonstration von Bildern grosser Kavernen im obern Lungenbezirk, die sich auskultatorisch und perkutorisch nicht nachweisen liessen.

19. **Lichtenberg** (Strassburg). Ueber Pyelographie. Bericht über Untersuchungen, die an ca. 100 Fällen angestellt sind, betreffend Form, Grösse und Lage des Nierenbeckens bei Einspritzung von Collargol.

20. **Olbert** (Marienbad) und **Holzknecht** (Wien). Oesophagus-Atonie (Pseudoösophagismus). Es handelt sich bei solchen Fällen um hochgradige Schluckbeschwerden als Folge einer Neurose. Die Diagnose ist allein durch Röntgenuntersuchung zu stellen möglich.

21. **Hessmann** (Berlin). Beitrag zur Funktion des Colon. Demonstration.

22. **Graessner** (Köln). Zum Nachweis der Nierentuberkulose im Röntgenbilde. Demonstration eines Bildes von Tuberkulose der Niere und des Harnleiters mit hochgradiger Verkalkung.

23. **Haenisch** (Hamburg). Demonstration einiger seltener Röntgendiagramme.

24. **Eberlein** (Berlin). Beiträge zur Polydaktylie beim Pferde.

25. **Muskat** (Berlin). Bedeutung der Röntgenuntersuchung bei der Differentialdiagnose des Plattfusses.

26. **Haenisch** (Hamburg). Ueber die Bursitis subacromialis mit Kalkablagerung im Röntgenbilde. Demonstration von Bildern dieser Erkrankung und deren Therapie, bestehend in Fixation, Massage, Gymnastik oder im blutigen Eingriff.

In der Diskussion über die Entstehungsursache, die verschieden gedeutet wird, sprechen Kreglinger, Stein, Gocht. Es wird besonders darauf hingewiesen, dass die diesbezüglichen Schatten im Röntgenbilde sich auch noch nach Verschwinden der Schmerzen nachweisen lassen.

II. Technische Vorträge.

27. **Leose** (Bremen). Moment,- Zeit- und Schnellaufnahmen vom Standpunkt des Praktikers. Vortragender empfiehlt die Zeitaufnahme und will die Moment- resp. Schnellaufnahme nur für bestimmte Fälle reserviert wissen. Als Verstärkungsschirm hat sich die Gehler-Folie gut bewährt, was von anderer Seite bestätigt wird.

28. **Kaestle** (München). Die kontrastbildenden Mittel in der Röntgenologie. Bei seinen Untersuchungen, um für das Bismuth einen gefahrlosen Ersatz zu finden, ist es Redner gelungen, als das am wenigsten lösliche



kontrastbildende Mittel das Zirconoxyd ausfindig zu machen. Er empfiehlt dasselbe in einem Zusatz von 25 g zu einem Gemisch von 500 g Milch und 20 g Mondammin. In der Diskussion weisen Haudeck und Lorey darauf hin dass das Bismuth. carbon. als nicht giftig durchaus empfehlenswert sei.

29. **Fürstenau** (Berlin). Einige Neuerungen an Röntgenröhren-Demonstration einer Vorrichtung zum Regenerieren sowie zur Verhinderung der schädigenden Wirkung des Schliessungsstromes.

30. **Schmidt** (Berlin). Ueber Röntgenaufnahmen innerer Organe unter stets gleichen Normen (Normalaufnahme) und die dazu notwendige Technik. Fixationsapparat für Röntgenaufnahmen.

31. **I. Rosenblatt** (München). Ueber „Schärfe“ und „Kontrast“ von Röntgenbildern.

32. **Holzknecht** (Wien). Demonstration zur Röntgenregulierung durch Erwärmung.

33. **Gocht** (Halle). Ueber Röntgenbilder. Verbesserung am Röntgenschaukasten. Vorschläge für die Vergleichung von Röntgendurchleuchtungen. Besprechung der Art der Herstellung plastischer Bilder, daran anschliessend Demonstration 2er Apparate.

34. **Dessauer** (Aschaffenburg). Fortschritte in der Moment-Röntgenographie. Vorstellung von Bildern, die in $^1/_{100}$ Sekunde Expositionszeit angefertigt sind.

35. **Klingelfuss** (Basel). Bericht über Vergleichmessungen der Sabouraud- und Noiréschen Reaktionsdose mit absoluten Einheiten. Schilderung einer ausserordentlich exakten Methode der Härtemessung.

36. **Gilmer** (München) berichtet über eine eigenartige Heilung seiner eigenen Röntgendermatitis. Als Folge eines schweren septischen Ekzems, im Anschluss an eine Operation, habe sich die Haut der ganzen Hand abgestossen; jetzt sei es zu einer kompletten Neubildung der Haut und der Fingernägel gekommen, die Hand sei gut gebrauchsfähig.

37. Demonstration eines Apparats von Dr. Robinsohn-Wien zur Präzisionseinstellung von Aufnahmen.

38. **Grisson** (Berlin). Besondere Strahlen. Demonstration plastischer Bilder von Pflanzenfasern und Blumen, aufgenommen mit allerweichsten Strahlen, die in der parallelen Funkenstrecke Funken von 2 mm ergeben. Frank Schultz bemerkt dazu, dass er ähnliche weiche Strahlen zu therapeutischen Zwecken bereits mit Erfolg angewendet habe. Diese Strahlen seien ganz anderer Art als die Röntgenstrahlen. Bei sachgemässer Anwendung wurde bei Bestrahlung von Nävusfällen die Haut nicht angegriffen; ob später allerdings noch eine Reaktion eintreten werde, sei nicht sicher.

III. Projektionsvorträge.

39. **Eugen Fraenkel** und **A. Lorey**, (Hamburg). Die Röntgendiagnose der Rachitis. Lorey stellt schöne Bilder vor von florider und ausheilender Rachitis, in denen sich deutlich der ganze Verlauf der Krankheitsentwicklung beobachten lässt. Es zeigt sich, dass im ersten Stadium die Knochen infolge unregelmässiger Wucherung des Knorpels und Bildung kalklosen osteoiden Gewebes schattenarme, durchsichtige Bilder geben. Die Verkalkungszone fehlt oder ist sehr defekt, keine glatte Linie, sondern zackig ausgefranzt. Die Corticalis erscheint im Röntgenbilde oft durchbrochen, vielfach lassen sich Infraktionen erkennen, dieselben sitzen an den Extremitäten beiderseitig meist an

korrespondierenden Stellen, was besonders deutlich an der typischen Infraktion beider Oberschenkel an der Stelle der stärksten Konkavität demonstriert werden kann. Im zweiten Stadium sind die Knochenschatten etwas dichter. Die Verkalkungszone erscheint zwar immer noch als eine unregelmässige, aber immerhin schon etwas dickere Linie, zum Beweis, dass bereits reparative Vorgänge an dieser Stelle eingetreten sind. An der Konkavität zeigen sich deutlich die Schatten der periostalen Osteophyten. Im 3. Stadium sind dieselben noch stärker entwickelt, ebenso verbreitet sich das gezackte Band der Verkalkungszone. Im 4. Stadium ist die Reparation noch weiter fortgeschritten, die Verkalkungszone stellt sich als ein glattes Band dar. Die Corticalis ist noch verdickt. Der Ausheilungsprozess manifestiert sich im Röntgenbilde dadurch, dass die Knochenschatten dunkel sind, die Spongiosastruktur eine deutliche Zeichnung infolge stärkerer Kalkablagerung gibt.

40. **Von Sengebusch** demonstriert zum 1. Vortrage (**Schmidt**-Berlin) ein Bild von erfolgreicher Bestrahlung eines Ostosarkoms des Schädels sowie eines Rhinoscleroms.

41. **Ruediger** (Marburg). Die Organverlagerungen bei Phthise. Demonstration einer Reihe von Bildern, in denen infolge der Narbenschrumpfung die Trachea, das Mediastinum, das Herz und das Zwerchfell der Zugrichtung entsprechend verlagert sind.

42. **Alexander** (Budapest). Ueber Tuberkulose der Lunge, zeigt den Werdegang der Phthise an plastischen Bildern.

43. **Levy-Dorn** (Berlin). Aus der Pathologie der Brustorgane. Demonstration von Bildern des Zwerchfells, des Herzens, Tuberkulose und Tumoren der Lunge und Bronchiektasien.

44. **Köhler** (Wiesbaden). Zur Pathologie der Eingeweide. Bilder von Tuberkulose und Tumoren an der Lunge, Pleuritis adhaesiva, Distomum pulmonale (Erstdarstellung), Verkalkung an einem der grossen Herzgefässe, Wanderniere, Oesophagusdivertikel. Magentumoren, Bewegung des Darminhaltes im Kolon.

I. In der Diskussion demonstriert **Cohn** (Berlin) ein Leberbild.

45. **Haudeck** (Wien). Zur Röntgendiagnose der Ulzerationen an der Pars media des Magens.

46. **Haudeck** und **Holzknecht** (Wien). Radiologie des Magens in typischen Röntgenbildern.

47. **Kaestle** (München). Die kontrastbildenden Mittel in der Röntgenologie. Vergleich der Löslichkeit des Bismuts, des Magneteisensteins und des Zirkons.

48. **Rieder** (München). Die Akromegalie im Röntgenbilde.

49. **Diethen** (Strassburg). Ueber Pyelographie. Demonstration von Bildern des Nierenbeckens bei Wanderniere sowie bei entzündlichen Prozessen unter Kollargol-Einspritzung.

50. **Rosenthal** (München). Röntgenaufnahmen in $^{1}/_{1000}$ Sekunde, sowie Demonstration eines Thoraxbildes in $^{1}/_{3000}$ Sekunde aufgenommen.

51. **Gottschalk** (Stuttgart). Röntgenbilder aus der Tierpathologie Im Anschluss daran zeigt Quiring Bilder von Spondylitis deformans bei Tieren.

52. **Grisson** (Berlin). Ueber Schnell- und Einzelschlagaufnahmen Im Anschluss daran demonstriert Behrendt Aufnahmen der Vorgänge beim Sprechen und Singen.

Zum Vorsitzenden für das Jahr 1911 wird **Walter** (Hamburg gewählt.)



XXII. Kongress der italienischen Chirurgen-Gesellschaft.

34)

Rom, 31. Oktober bis 2. November 1909.

Barbacci, O. Sul mieloblastoma (mieloma multiplo delle ossa a tipo mieloblastico).

B. erläutert einen Fall von multiplem Myelom der Knochen, bei dessen Untersuchung dank der speziellen Erhaltungsverhältnisse des anatomischen Materials mit Nutzen die verschiedensten und modernsten Untersuchungsmethoden des blutbildenden Systems in Anwendung kommen konnten. Das proliferierende Markelement konnte so dem Myeloblasten gleichgestellt werden. — Es folgen kritische Betrachtungen über das Myelom überhaupt und die Bedeutung der Alteration, die nicht so sehr als ein neoplastischer Prozess als vielmehr als Proliferationsvorgang aufzufassen ist.

Magliulo. Ricerche sperimentali sul processo di guarigione delle ferite delle cartilagini articolari.

Magliulo berichtet über einige Untersuchungen über den Heilungsvorgang der Gelenkknorpelwunden. Die Versuche wurden an der Femoralrolle von Hunden ausgeführt, an der mehrere in vier Reihen gruppierte Läsionen hervorgerufen wurden. 1. Oberflächliche Resektion des Knorpels durch nur den Knorpel interessierende Schnittwunde; 2. Knorpel und Knochen interessierende Schnittwunden; 3. Exstirpation eines Knorpelknochenteiles. In der ersten Serie spärliche Reparationsbewegung; die makroskopische Läsion ist noch evident, und mikroskopisch nimmt man eine gewisse Verdichtung der Knorpelkapseln gegen die lädierte Oberfläche und einige Zellfiguren in Karyokinese wahr. In der 2. Reihe wiederholen sich die gleichen Erscheinungen. In der 3. Reihe bemerkt man einen Anfang von Reparation bestehend in einem Bindegewebenetz, das von der spongiösen Substanz ausgeht und den Substanzverlust ausfüllt. In der 4. Reihe sind diese Erscheinungen bedeutender und der Substanzverlust ist durch eine fibröse Bindegewebsbrücke repariert, welche die beiden einander zugewendeten Flächen der Läsion vereinigt. Eine wichtige Erscheinung muss erwähnt werden, nämlich dass auf der Oberfläche dieser echten fibrösen Narbe eine dünne Schicht von kubischen Zellen zu sehen ist, die ganz das Aussehen von Knorpelzellen besitzen. Welches das Schicksal dieser Zellschicht sein wird, kann erst durch im Gang befindliche Versuche von längerer Dauer festgestellt werden.

Martini. Contributo sperimentale all'istogenesi della neoartrosi nelle lussazioni traumatiche.

Redn. hat die Untersuchungen von Grinewtzky und Bajardi über den Gegenstand, deren Resultate in dem wesentlichsten Punkt der Frage nicht übereinstimmen, wiederaufgenommen und ist dabei zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Bei den nicht reponierten traumatischen Luxationen ist die Bildung eines neuen Gelenkes allemal dann möglich, wenn der Gelenkkopf nach Verlassen seiner Höhle Kontakt mit einer Knochenfläche nimmt und auf dieser sich frei bewegt.

2. Die neue Höhle, Resultat einer Knochen-Knorpelbildung, ist bei den vollkommen funktionierenden Gelenken in der Wand mit etwas modifiziertem hyalinem Knorpel, auf dem Boden mit fibrösem Bindegewebe mit Uebergangsstellen zwischen diesen beiden Geweben bekleidet.



3. Die Gelenkkapsel ist auf eine aktive zwischen die die provisorische Hülle um den Gelenkkopf bildenden Elemente eingedrungene Bindegewebsproliferation zurückzuführen, welche diese allmählich substituiert.

Konstant ist sie mit Endothel ausgekleidet. Zuweilen ist es möglich, eine wahre Synovialschicht mit Zotten anzutreffen.

4. Der Deckknorpel des luxierten Gelenkkopfes, welcher bei den gut funktionierenden Gelenken keine erheblichen Aenderungen erleidet, bildet sich bei den zur Ankylose gehenden Prozessen in Bindegewebe und nicht unhäufig in Bindegewebe und Knochen zusammen um.

Der Knorpel der alten Gelenkhöhle verknöchert zum Teil, zum Teil geht er in Bindegewebe über.

5. Die zufällig gebildeten Gelenkflächen sind mit fibrösem Knorpel bekleidet, durch eine bindegewebige Kapsel umhüllt, durch eine syovia-ähnliche Flüssigkeit befeuchtet.

Galeazzi. Ricerche sopra affezioni del sistema osseo.

Die Fälle von Osteitis deformans, die Redn. vorstellt, betreffen sämtlich die obere metaphysäre Region des Femur und stellen verschiedene Grade der Affektion dar, von den Anfangsformen zu den ausgeprägtesten deformierenden Alterationen.

Die Beobachtungen wurden lange Zeit hindurch verfolgt und histologisch studiert.

Auf Grund seiner Untersuchungen ist Redner der Ansicht, dass diese Affektionen weder klinisch noch histologisch als Neoplasien betrachtet werden können, sondern eher als Alterationen entzündlichen Ursprungs oder als Unordnungen in der Entwicklung oder in der bildenden Tätigkeit des Knochens.

Purpura. Sul ripristino funzionale in seguito al taglio dei nervi.

Redner hat es sich zur Aufgabe gesetzt, durch Versuche an Hunden und Kaninchen den Anteil festzustellen. der bei der funktionellen Wiederherstellung der rezidierten Nerven auf die Regeneration der Nervenfasern zurückzuführen ist.

Zur Vermeidung der Funktionsrückkehr auf kollateralen Nervenbahnen hat er sämtliche Nerven, welche sich auf das Hinterbein verteilen, durchschnitten und eine späte nach und nach zunehmende Wiederaufnahme der Funktion beobachten können, die sicher allein der Regeneration der Nerven zuzuschreiben war.

Padula. Fisiopatologia del cammino dopo l'asportazione di tutto il tronco del nervo sciatico.

Es ist der einzige bisher mitgeteilte Fall von Exstirpation des ganzen Ischiaticus. Ein im Bindegewebe der Kniekehle entwickelten, vor acht Monaten exstirpiertes und dann in der Dicke des Nerven von der Kniekehle bis an die Nates wiedergebildetes Sarkom veranlasste den Redner zur Exstirpation des Ischiaticus, von dem er das anatomische Stück vorlegt.

Natürlich erwartete er sich die Lähmung der hinteren Muskeln des Oberschenkels und sämtlicher Muskeln des Unterschenkels und des Fusses. Die vorhergehende Untersuchung aber über die Physiologie der Muskeln der Hüfte und der Flexoren des Oberschenkels sowie der Extensoren des Unterschenkels gab ihm die Gewissheit, dass Pat. ziemlich gut, wenn auch hinkend, würde gehen haben können. Der grösste und durch die vikariierende Funktion anderr Muskelgruppen nicht abstellbare Uebelstand wäre der Schlotterfuss gewesen, der bei jedem Schritt ein übermässiges Heben des Knies nötig gemacht und demnach einen unbequemen und mühsamen Gang gegeben haben würde. Ein orthopädischer Stiefel aber, der imstande war, die Extension des Fusses im rechten Winkel

zu dem Unterschenkel aufzuhalten, würde diesen Uebelstand gemildert haben. Er liess deshalb einen solchen Stiefel konstruieren, und als Pat. am zehnten Tag nach der Operation aufstehen konnte, ging er auf befriedigende Weise. Später wurde sein Gang immer besser und ist heute ohne Stock und ohne weiteren Uebelstand ausser einem mässigen Hinken möglich.

Jacobelli. Su di un caso di monoplegia traumatica segmentale.

Ein 20 Jahre alter Bursche erhielt einen Stockhieb auf den rechten parietalen Höcker, welcher eine kleine Wunde an der getroffenen Stelle und eine vollständige Paralyse der linken Hand hervorrief. Während der ganze linke Arm in dem Schulter- und Ellenbogengelenk bewegt werden konnte, zeigte er vollständige Unbeweglichkeit der Hand und Finger. Nach Verlauf von 15 Tagen nach dem Trauma dauerte die Lähmung fort, und Redner entschloss sich zum Eingriff. Dabei wurde im Elektionszentrum des Armes ein kleines Hämatom gefunden. Dura intakt, kein Splitter. Glatte Heilung. Nach 3 Tagen begann die Beweglichkeit in folgender Reihenfolge wieder aufzutreten: Supination der Hand, Extension der Hand und Finger, Flexion der Hand und Finger, Spreizen der Finger, Gegenstellen des Daumens. Am 6. Tag waren sämtliche Bewegungen vollständig.

Maragliano. Chirurgia dei nervi.

M. berichtet über zwei Fälle von Nervenanastomose wegen Lähmung nach akuter Poliomyelitis ant. infantil. Bei dem einen Kind bestand vollständige Paralyse des N. Cruralis, des N. oburat. und des Ischiaticus popl. int., welche unverändert seit $^3/_4$ Jahren dauerte und mit vollständiger degenerativer Reaktion einherging. Da an Sehnenüberpflanzung nicht zu denken war, weil auch die Flexoren des Oberschenkels stark geschädigt waren, führte Redn. eine Anastomose zwischen dem vollständig gelähmten rechten Cruralis und einem Ast des linken Cruralis aus. Nach 5 Monaten zeigt der rechte Oberschenkel eine ziemliche Volumenzunahme, und es werden leichte Extensionsbewegungen des Unterschenkels gegen den Oberschenkel wahrgenommen. Der linke Quadriceps ist in seiner Funktion nicht im Geringsten geschädigt worden.

In dem anderen Fall mit vollständiger Paralyse des Ischiaticus popl. ext. wurde die Einpflanzung dieses Nerven in den Ischiaticus popl. intern. ausgeführt. Sechs Monate darauf wird schon eine bedeutende Besserung im Gebiet der Fussstrecker wahrgenommen.

Rolando. Teratoma sacro-coccigeo.

Redner berichtet über einen voluminösen ulzerierten kongenitalen Tumor des Kreuz- und Steissbeines mit einem Beckenausläufer bei einem $^1/_2$ jährigen Kind. In Anbetracht des Allgemeinzustandes des Kindes war aller Grund vorhanden, eine tödliche Blutung auch bei raschester Exstirpation zu befürchten. Rolando griff daher zur Präventivblutstillung nach Momburg und es gelang ihm, die schwere Operation, welche die Resektion des Steissbeines und des letzten Kreuzbeinstückes notwendig machte, in Blutleere auszuführen.

Der Tumor wog 750 g. Das Kind genas vollständig. Die exstirpierte Geschwulst bestand aus Enterozysten; der Beckenausläufer enthielt eine gut differenzierte Extremität. Es war also eine bigerminale parasitäre Geschwulst.

Buccheri-Palermo.

35) **B. Cagnetto.** Delle alterazioni rachitiformi sperimentalmente prodotte durante lo sviluppo con tossici non batterici Congresso della Soc. ital. di patologia. Ottobre 1909.

Redner berichtet über die Resultate einer zweijährigen Serie von experi-

mentellen Untersuchungen, die zum Zweck hatten, auf sozusagen spezifische Weise allgemeine Skelettalterationen während des Wachstums zu bedingen.

Die in diesem Sinne, sei es mit toxischen Produkten bakteriellen Ursprungs, sei es mit hochvermögenden chemischen Giften, sei es endlich gleichzeitig mit zwei dieser Faktoren gemachten Versuche ergaben kein befriedigendes Resultat. Es wird so zwar eine schwere Entwicklungshemmung des Körpers gegenüber den Kontrolltieren erhalten, doch betrifft dieselbe den Gesamtorganismus, und die einzelnen Knochen zeigen, morphologisch betrachtet, keine evidenten Deformationen gegenüber der Norm.

Dagegen erhielt C. sehr bezeichnende und konstante Resultate durch Strontiumfütterung. Bei den ganz jungen weissen Mäusen wird so sehr rasch eine Skelettdystrophie hervorgerufen, die makroskopisch wenigstens fast gar nicht von dem schweren Rachitismus abweicht, wie er beim Menschen angetroffen wird. Schwerer noch sind die Alterationen, wenn zu dem Einfluss des Strontiums noch der der kalkfreien Nahrung kommt. Die am meisten betroffenen Knochen sind die des Thorax mit Einschluss der Dorsalwirbel. Die Röhrenknochen der Extremitäten und die flachen Knochen entgehen sicher nicht dem Prozess, doch sind die Aenderungen weniger auffallend und nicht so konstant wie am Thorax. Die mit Strontium gefütterten Mäuse werden zuletzt von Paraparesis und sukzessiver unvermeidlicher Paraplegie, wahrscheinlich infolge toxischer Myelitis befallen. **Buccheri**-Palermo.

36) **Schlesinger.** Gesellsch. f. innere Medizin und Kinderheilkunde zu Wien. 28. V. 1909. (Berlin. klin. Woch. 1909. 46.)

Osteoperiostitis luetica bei einem schlecht behandelten Patienten. Schmerzhafte Schwellungen in den meisten Extremitätengelenken verschwanden unter antiluetischer Behandlung. Die Röntgenuntersuchung ergab an den meisten Extremitätenknochen subperiostale gummöse Auflagerungen.

Ewald-Hamburg.

37) **Lexer.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr. 15. 11. 1909. (Berlin. klin. Woch. 1909. 48.)

77 jähriger Mann, bei dem sich innerhalb 10 Jahren langsam die Erscheinungen der Myositis ossificans progressiva zeigten, beginnend in der Muskulatur des linken Schulterblatts, dann auftretend in den Kaumuskeln, in den Hüftmuskeln. Wirbelsäule jetzt völlig versteift. Röntgenbilder zeigten die Verknöcherungen, aber keine Anomalie des Periosts. **Ewald**-Hamburg.

38) **Schultze** (Bonn). Reinisch-westfälische Gesellsch. für innere Mediz. und Nervenheilkunde 14. 11. 09. (Münch. med. Woch. 1910. 1.)

Ueber Poliomyelitis.

Man weiss jetzt, dass es sich um eine echte Entzündung handelt, die nicht nur die Rückenmarkssubstanz, sondern auch die Meningen ergreift. Wahrscheinlich wird das schädliche Agens von den Meningen her dem Mark zugeführt. Bedeutsam sind die positiven Impfversuche auf Affen.

Landsteiner und **Popper**, Knoepfelmacher. Den Erreger selbst kennt man nicht, ebensowenig die Eintrittspforte.

Krause (Bonn) hat bei der path.-anat. Untersuchung regelmässig Darmveränderungen (Schwellung der Peyerschen Plaques, Mesenterialdrüsenschwellung) gefunden. Bei der westfälischen Epidemie gingen in 90% Magendarmsymptome vorher. Ob die sporadischen und epidemischen Fälle ätiologisch zusammengehören, muss noch festgestellt werden.



Meinicke (Hagen) spricht über die Aetiologie. Er hat mit Krause mit dem Material von 7 Obduktionen und 18 Erkrankungen Untersuchungen angestellt. Mit den üblichen mikroskopischen und kulturellen Methoden waren keine Bakterien nachzuweisen. Dagegen konnten Kaninchen und Affen durch Infektion mit Kinderlähmungsmaterial getötet werden; und zwar starben die Kaninchen unter ausgesprochenen Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems. Oefter sind weitere Uebertragungen gelungen, einmal sind die Untersucher bis zur 7. Passage gelangt. Oefter zeigten die Tiere dabei Lähmungen der Extremitäten und Reflexkrämpfe, von denen sie sich manchmal erholten. Lentz (Berlin) ist es gelungen Tiere mit bakterienfrei filtriertem Material unter denselben Erscheinungen zu töten. Die histologische Untersuchung ergab bei einigen Tieren die charakteristischen Erscheinungen am Rückenmark.

Der Meinung Schlossmanns, dass der Enteritismus der Ausdruck einer allgemeinen Sepsis sei, treten Huismans und Krause entgegen. Der Beweis dafür sei erst noch durch die experimentelle Forschung zu erbringen.

Ewald-Hamburg.

39) **Stein**. Verein der Aerzte Wiesbadens. 1. IX. 09. (Berl. klin. Woch. 1909. 47.)

16jähr. Knabe mit Diplegia infantilis spastica. Neben den spastischen Symptomen, die auf einen Prozess in der Hirnrinde hinweisen, sind noch andere Erscheinungen vorhanden, die für eine Beteiligung der Zentren sprechen (Athetose, Nystagmus). Pat. war in auswärtigen Kliniken 22 ganz erfolglosen Eingriffen an den Sehnen unterzogen worden. Durch Schienenhülsenapparate in Verbindung mit einem Korsett wurde er soweit gefördert, dass er jetzt ohne fremde Hilfe gehen, ja sogar radfahren kann.

In der Diskussion betont Guradze gegenüber den Sehnenüberpflanzungen dass er bei spastischen Lähmungen an den unteren Extremitäten stets mit Tenotomien ausgekommen sei. **Ewald** - Hamburg.

40) **Moritz.** Unterelsässischer Aerzte-Verein zu Strassburg. 27. 11. 09. (Münch. med. Woch. 1909. 50.)

Der 53jährige Mann leidet seit 3 Wochen an einer schweren Polyneuritis, die zur Lähmung aller 4 Extremitäten geführt hat. Eine Aetiologie konnte bisher nicht gefunden werden. **Ewald** - Hamburg.

41) **Kausch.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 28. 6. 1909. (Deutsche med. Woch. 1909. 48.)

Ein 38jähriger Beamter leidet seit $^3/_4$ Jahren an einem ausserordentlich schweren klonischen Halsmuskelkrampf (linker Sternocleidomastoideus und klavikulare Portion des Trapezius). Exstirpation eines Stücks des sternocleido, Verletzung des nerv. accessorius, Gipsverband, Dunkelzimmer, Scopolamin-Dämmerschlaf blieben ohne jeden Erfolg. Durch Hypnose wurde der Patient wesentlich gebessert. **Ewald** - Hamburg.

42) **Alquier**. Société de neurologie 2. XII. 1909. (Gazette des hôpitaux 1909, Nr. 140).

Demonstration eines Präparates einer alten Spondylitis, das von einer 72jähr. Patientin .tmmats Die Spondylitis war im 29. Jahre nach einem Fall aufgetreten. Pat. musste 3 Jahre liegen, da beide Beine paraplegisch waren; dann kehrte die Funktion wieder, und Pat. konnte sogar arbeiten und blieb bis zum 72. Jahre gesund. Die in der Längsrichtung aufgesägte, vorher in Formol gehärtete Wirbelsäule zeigt eine knöcherne Vereinigung des X. Brust-I. Lendenwirbels, einen tuberkulösen Herd an der Hinterseite der Wirbelkörper, die Dura



vordrängend. Am Rückenmark an dieser Stelle eine quere Narbe und darüber eine Anschwellung. Trotz der persistierenden Kompression Heilung der nervösen Störungen, wie die klinische Beobachtung zeigte.

Ewald-Hamburg.

43) **Ebstein.** Mediz. Gesellschaft zu Leipzig. 26. X. 09. (Münch. med. Woch. 1909. 51.)

Klinische Beiträge zur angeborenen und erworbenen Trichterbrust.

Es werden instruktive Fälle von foetaler Trichterbrust demonstriert. Es scheint, dass die Deformität auch im späteren Leben erworben werden kann. Auch hereditär und familiär ist sie beobachtet worden, ferner scheint sie Beziehungen zu haben zu den progressiven Muskelatrophien und nervösen Erkrankungen. Von der sog. Schusterbrust ist die Trichterbrust zu trennen. Behandlung nach Hoffa: systematische Atembewegungen.

Ewald-Hamburg.

44) **Sézary, Chenet** u. **Jumentié**. Société de neurologie Paris, 2. XII. 09, (Gazette des hôpitaux 1909. Nr. 140.)

Der vorgestellte Patient zeigte als Ausdruck einer Plexus brachialislähmung Funktionsstörung in den Extensoren und kleinen Handmuskeln, Anaesthesie in den letzten beiden Fingern. Die Verletzung war durch einfaches Erheben des Armes entstanden. **Ewald**-Hamburg.

45) **Herzfeld.** Verein der Aerzte in Halle a. S. 1. XII. 09. (Münch. med. Woch. 1910. 3.)

7jähr. Knabe mit isolierter Lähmung und Atrophie des M. Deltoideus, im Alter von 1/2 Jahr 8 Tage nach der Impfung acquiriert. Der Zustand ist trotz langer Behandlung derselbe geblieben. Frage, ob die Lähmung mit dem Impfen zusammenhängt.

Stölzner hält es für unzulässig, die Poliomyelitis, die doch gerade Kinder in den ersten beiden Lebensjahren betrifft, mit der Pockenimpfung in kausalen Zusammenhang zu bringen.

Gocht. Derartige Fälle von isolierter Deltoideuslähmung bekommt man relativ häufig zu sehen. Auch der Fall von Herzfeld gehört in das Gebiet der sog. Kinderlähmung. Als Behandlung ist die Arthrodese des Schultergelenks zu empfehlen. **Ewald**-Hamburg.

46) **Bucciante.** Mediz. chir. Gesellschaft zu Ancona. 12. 5. 09. (Münch. med. Woch. 1909. 50.)

Ein hartnäckiger Schreibkrampf wurde tgl. mit der Bierschen Stauung behandelt (vor- und nachmittags je 1/2 Stunde). Nach 3 Wochen völlige Heilung.

Ewald- Hamburg.

47) **Ahrens.** Verein der Aerzte Wiesbadens. 20. X. 1909. (Berl. klin. Woch. 1909. 48.)

Bei einem doppelten Daumen, von denen aber beide Teile rudimentär entwickelt waren, wurden die beiden guten Hälften nach Längenresektion der einander zugekehrten Hälften aneinandergelegt und vernäht. Heilung mit guter Funktion und Form. Am Daumennagel kaum zu erkennen, dass er aus 2 Hälften zusammengeschweisst ist. **Ewald**-Hamburg.

48) **Brauer.** Gesellsch. f. innere Mediz. und Kinderheilkunde zu Wien. 28. X. 09. (Berlin. klin. Woch. 1909. 46.)

Ein 15 jähriger Knabe wurde vor 2 Jahren mit Chinininjektionen gegen Malaria behandelt. Nach einer Jnjektion in den rechten Oberarm konnte er



den 4. und 5. Finger nicht mehr bewegen, auch die Sensibilität war dort erloschen. Jetzt noch Lähmung des rechten Ulnaris, Atrophie der Muskeln und der Knochen und trophische Störungen der Haut.

Ewald-Hamburg.

49) **Ahrens.** Verein der Aerzte Wiesbadens. 20. X. 1909. (Berlin. klin. Woch. 1909. 48.)

In 6 operierten Fällen von Spina ventosa des Daumenmetacarpale wurde durch freie Knochentransplantation eines Tibiastückes immer Heilung erzielt, einerlei ob kalte Abszesse oder Fisteln die Operation und Nachbehandlung a- oder antiseptisch gestalteten. **Ewald**-Hamburg.

50) **Kausch.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 28. 6. 09. (Deutsche mediz. Woch. 1909. 48).

Demonstration der Fälle, in denen eine Fingerkuppenplastik aus der Brusthaut ausgeführt worden war. Die Hand wird dabei mit der Dorsalseite an die Brustwand gelegt. **Ewald**-Hamburg.

51) **Hasslauer.** Mediz. Gesellsch. zu Leipzig. 14. XII. 09. (Münch. med. Woch. 1910. 4.)

Ambulante Extensionsbehandlung bei Schenkelhalsfrakturen.

71jähr. Frau mit frischer intrakapsulärer Schenkelhalsfraktur in einem Hessingschen Schienenhülsenapparat, in dem die Frau ohne Beschwerden an 2 Stöcken gehen kann. Das Hüftgelenk ist durch Beckengürtel fixiert, das Bein steht etwas in Abduktion und Innenrotation.

Der Apparat ist nach weiblichen und männlichen, sogenannten Normalmodellen vorrätig zu halten und für jeden Fall anpassungsfähig. Ferner wird eine an jeden Operationstisch anzuschraubende Extensionsvorrichtung gezeigt, mit der bis zu 100 kg Kraftaufwand extendiert werden kann. — Kontraextension durch Perinealschlinge. **Ewald**-Hamburg.

52) **Caussade u. Queste.** Société méd. des hôpitaux de Paris 24. XII. 09. (Gazette des hôpitaux 1909. Nr. 147.)

Vortr. empfehlen die Injektionsbehandlung der Ischias mit Cocain oder Novacain. Gerade veraltete rebellische Fälle werden manchmal sehr schnell, oft nach einer Injektion von 6—8 ctgrm. Cocain geheilt. Meist braucht man allerdings mehrere Injektionen, die alle 3—5 Tage wiederholt werden.

Während bei der rheumatischen Form der Ischias die Kur radikal ist, ist sie bei den symptomatischen Formen (Syphilis, Kompression!) palliativ. — Trotz der hohen Dosen haben die Vortr. in mehr als 30 Fällen nur einmal leichte Vergiftungserscheinungen konstatiert. **Ewald**-Hamburg.

53) **A. Schanz.** Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde zu Dresden. 30. X. 1909. (Münch. med. Woch. 1910. 3.)

Zur Behandlung der Kniegelenksdeformitäten. Die Anwendungsmöglichkeit des Redressements ist in weniger Fällen gegeben, als man gewöhnlich annimmt: meist sind die Gelenkflächen so verändert, dass sich die Deformität wiederherstellt, sobald man das Gelenk, das man durch Verbände und Apparate solange in Streckstellung erhalten hat, freilässt. Die orthopädische Resektion setzt zu grosse Verluste, sodass sie nur ausnahmsweise in Frage kommen kann. Die bogenförmige Osteotomie kann bei hochgradigen (90° und mehr betragenden) Ankylosen angewandt werden, ist aber häufig recht kompliziert.



Die supraartikuläre Osteotomie eignet sich für Deformitäten, deren Beugungswinkel weniger als 45° beträgt. Ebenso die infraartikuläre Osteotomie. Die Kombination beider kann Deformitäten von 45—90° ausgleichen.

Die infraartikuläre Osteotomie kann treppenförmig gestaltet werden und so Längenunterschiede der Tibia und Fibula ausgleichen.

Die Erfolge der Methode werden an zahlreichen Photographien gezeigt.

Ewald-Hamburg.

54) **de Champtassin.** Société de médecine militaire française. 4. XI. 09. (Gazette de hôpitaux. 1909. Nr. 136.)

Behandlung des Haemarthros genu.

So früh wie möglich Punktion, sofort danach Bewegungen ohne und mit Widerstand, sowie an medikomechanischen Apparaten. Bericht über 300 Fälle.

Auch Jacob glaubt, dass die Fixation zu Rezidiven, zu dauernden Schwellungen und zu einer beträchtlichen Quadricepsatrophie Veranlassung gibt. Er macht keine Punktion, lässt aber das gestreckte Bein 200—300 Mal am Tage bis zur Vertikalen hochheben. Nach 8—10 Tagen Umhergehen mit steifem Knie. Délorme kann die Notwendigkeit der Punktion nicht einsehen, er bleibt Anhänger der Immobilisation, der energischen Kompression mit nachfolgender Massage und Elektrisierung. **Ewald**-Hamburg.

55) **Preiser.** Aerztl. Verein in Hamburg. 21. XII. 09.

Vorstellung von 2 Patienten mit unblutig behandelten Patellarfrakturen, die in verhältnismässig kurzer Zeit mit funktionell vorzüglichem Resultat heilten. Die Diastase war nicht sehr gross (Röntgenbilder). Wenn auch die Patellarnaht im allgemeinen den Vorzug verdient, so ist doch bei einfachen Querbrüchen und bei geringen Verletzungen des Bandapparates auch mit der unblutigen Behandlung Günstiges zu erreichen. **Ewald**-Hamburg.

56) **Gondesen.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 4. I. 10.

Der vorgestellte Pat. hat eine Knieluxation erlitten, wobei der Condylus int. femoris die Haut durchbohrt hatte. Trotz starker Beschmutzung der Wunde trat völlige Heilung ohne Funktionsstörung ein. Behandluug: Stauung, Ausspülung des Gelenks mit Kochsalzlösung, vom 3. Tage an passive Bewegungen.

Ewald-Hamburg.

57) **Levy.** Mediz. Sekt. der schlesischen Gesellsch. für vaterl. Kultur zu Breslau. 5. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1909, 48.)

Auf Grund von Untersuchungen des Mal perforant, das er bei an Tabes, Syringomyelie, Spina bifida und Syphilis Leidenden beobachtete, kommt L. zu der Auffassung, dass das Mal perforant von innen heraus, auf Grund primärer Veränderungen an Knochen und Gelenken entsteht. Röntgenbilder und andere Untersuchungsmethoden zeigen in der Nähe der fraglichen Stelle Knochenbrüche oder Gelenkaffektionen. Die geringe Heilungstendenz rührt von dem bestehenden Synovialfluss her. Mechanische und vaskuläre Momente sind nur auslösende Faktoren. Eine Röntgenuntersuchung ist nie zu unterlassen, sonst Misserfolge selbst bei ausgiebiger chirurgischer Behandlung der Weichteile.

Ewald-Hamburg.



58) **Muskat** (Berlin). Der Plattfuss in seinen Beziehungen zu nervösen Erkrankungen. XXVI. Kongress für innere Medizin. Wiesbaden 1909.

Die Ausführungen betreffen fast ausschliesslich die Beziehungen des Plattfusses zur Tabes und Neurasthenie.

Bei einem Tabiker ist die Entscheidung, ob es sich um eine durch Knochenatrophie bedingte Veränderung des Fussgewölbes oder um eine von der Krankheit unabhängige Plattfussanlage handelt, von Wichtigkeit, da danach die Behandlung einzurichten ist. Für den durch Tabes verursachten Plattfuss empfiehlt Verf. zweckmässige Einlagen, am besten aus dem nachgiebigen und federnden Zelluloid, und Uebungstherapie (Fussspitze beim Aufsetzen des Fusses geradeaus, Belasten des äusseren Fussrandes). Eine grosse Anzahl von Neurasthenikern kommt durch einen Plattfuss zu ihren Beschwerden (daher gründlichste, nicht summarische Untersuchung solcher Patienten), auf der anderen Seite können durch sachgemässe Behandlung des Fussübels die anscheinend rein nervösen Beschwerden zum Schwinden gebracht werden.

A. Stoffel-Heidelberg.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **Juni 1910.** **Heft 6.**

W. Krause. Skelett der oberen und unteren Extremität. Mit 83 Abb. im Text. Jena 1909. Gustav Fischer. Preis 9 Mk.

Das Buch bildet die 16. Lieferung des „Handbuches der Anatomie des Menschen“ von Bardeleben.

Den Orthopäden interessiert namentlich das Kap. III, welches die Architektur der Extremitätenknochen behandelt. Es wird ihm auffallen, dass der Name von J. Wolff hier sehr zurücktritt, das Literaturverzeichnis nennt allerdings 3 seiner wichtigsten Arbeiten.

Besonders wichtig für Röntgenologen und Orthopäden ist die Darstellung der Entwickelung der Extremitätenknochen im Kap. IV und diejenige der Varietäten im Kap. VII.

Von allgemeinem Interesse endlich ist die vergleichende Anatomie der gegenwärtigen und prähistorischen Menschenrassen.

Vulpius-Heidelberg.

G. Sultan. Grundriss und Atlas der speziellen Chirurgie. II. Teil mit 40 farbigen Tafeln und 261 zum Teil zwei- bis dreifarbigen Abbildungen nach Originalen von Maler Schmitson. Lehmanns Medizin. Handatlanten. Band XXXVII. München 1910. Preis 16 Mark.

Den Orthopäden interessiert in diesem zweiten Band speziell die Extremitätenchirurgie. Die wichtigsten angeborenen uud erworbenen Missbildungen der oberen und unteren Extremitäten finden eine allerdings sehr kurze, dem heutigen Stand der Orthopädie aber entsprechende Darstellung hinsichtlich ihrer Symptomatologie und Therapie. Die Gelenkentzündungen der unteren Extremität sind in illustrativer Hinsicht zu kurz gekommen, ebenso die Lähmungs-

therapie. Es sind diese Kürzungen darauf zu beziehen, dass die Orthop. Chirurgie in Band XXIII. der Atlanten bereits eine Bearbeitung erfahren hat. **Vulpius**-Heidelberg.

Herbst. Atlas und Grundriss der zahnärztlichen Orthopädie. Mit 3 vielfarbigen lithogr. Tafeln und 438 schwarzen, z. T. zweifarbigen Abbildungen, München 1910. Lehmanns Med. Handatlanten Band XXIII. Preis 14 Mark.

H. hat der Bezeichnung „Orthodontie“ den obigen Titel vorgezogen, weil die „Orthopädie“ sowohl die Verhütung als die Behandlung von Deformitäten einbezieht. Die Beziehungen der Chirurgischen Orthopädie zu der Zahnheilkunde sind allerdings eng begrenzt, haben aber doch in letzter Zeit speziell hinsichtlich der Orthodontie an Interesse gewonnen, seit wir auf Kieferverbildungen durch Druckwirkung unserer Verbände und Apparate aufmerksam geworden sind. Für den Orthopäden, welcher der mechanischen Therapie die erforderliche Neigung entgegenbringt, ist es gewiss von Interesse zu sehen, wie und mit welchem Erfolg der Zahnarzt korrigierende Kräfte zur Stellungsverbesserung des Gebisses anwendet.

Vulpius-Heidelberg.

Brorström. Akute Kinderlähmung und Influenza. Leipzig 1910. Georg Thieme. Preis 6 Mark.

Eine Epidemie im Bezirk Tingsryd in Schweden, welche Verf. von 1905—1908 studierte, gab B. die Veranlassung, seine von den üblichen durchaus abweichenden Anschauungen über das Wesen der sog. Kinderlähmung darzulegen und zu begründen.

Die jüngsten Epidemien haben gezeigt, dass es neben den typischen Erkrankungen sog. Abortivfälle gibt, bei welchen Lähmungen gar nicht in Erscheinung treten. Solche Abortivfälle wies nun die von B. beobachtete Epidemie in einer Zahl auf, welche die „Lähmungsfälle“ um das Mehrfache übertraf. Dadurch wurde B. zu der Annahme gedrängt, dass die „Lähmungsfälle“ nichts anderes sind als eine kleine Gruppe innerhalb der eigentlichen Epidemie, dass diese Gruppe sich charakterisiert durch die Lokalisation der Infektion im Nervensystem. Das Wesen der eigentlichen Epidemie aber glaubt er als Influenza erkannt zu haben. Die Häufigkeit der Poliomyelitisepidemien in jüngster Zeit bringt er mit dem Neuauftauchen der Influenza in Zusammenhang. Die früheren sporadischen Fälle können als Ausläufer und Reste einer früheren abgeklungenen Influenzaepidemie aufgefasst werden. Es ist aber auch durchaus annehmbar, dass auch andere Ursachen als Influenza diesen sporadischen

Fällen zu Grunde liegen. Das Buch, die Frucht eingehendster Arbeit eines Praktikers, verdient gerade in unseren Tagen die grösste Beachtung.

Vulpius-Heidelberg.

K. Biesalski. Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland. Mit 12 graphischen Darstellungen im Text. Hamburg 1909. Leop. Voss. Preis 30 Mk.

Das umfangreiche Werk stellt das Ergebnis einer Riesenarbeit dar, ihm liegt die amtliche, durch die Bundesstaaten erhobene Krüppelzählung zu Grunde. Zweck dieser Zählung war es, Daten zu erhalten, welche als Fundament einer modernen Krüppelfürsorge dienen können, ferner aber auch die Frage dieser Fürsorge brennend zu gestalten. Diese doppelte Aufgabe ist bekanntlich glücklich gelöst worden, und der Dank hierfür gebührt zum nicht geringen Teil dem unermüdlichen Verfasser des vorliegenden Standard-Werks des Krüppeltums und der K.-Fürsorge.

Dasselbe gibt zunächst die Geschichte, Vorbereitung und Ausführung der Zählung in Deutschland sowie die Technik der Bearbeitung der Zählkarten.

Es folgt das gewaltige Tabellenwerk über die heimbedürftigen und nichtheimbedürftigen Krüppel mit Ausschluss Badens, Hessens und Bayerns, welche ihrer Sonderzählung wegen in einem Anhang untergebracht sind. Die nächsten Kapitel erläutern die Tabellen, ziehen die Hauptergebnisse und die praktischen Folgerungen aus der Statistik. Endlich werden die deutschen Krüppelheime in ihrer Ausbildung und die Forderungen, die an moderne Krüppelheime zu stellen sind, besprochen, wobei die Organisation der Berlin-Brandenburg'schen Anstalt unter des Verf.s Leitung vorbildlich aufgestellt wird.

Eine Bibliographie beschliesst das Werk, dessen Gesamtwert und -Bedeutung über aller Kritik erhaben ist.

Vulpius-Heidelberg.

C. Rosenthal. Die Massage und ihre wissenschaftliche Begründung. Berlin 1910. A. Hirschwald.

Alte und neue Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Massagewirkung, darunter viele aus eigener Arbeit entstandene, fasst R. in diesem Buch zusammen, das Hoffa angeregt hat.

Das erste Kapitel gibt einen Ueberblick über die Geschichte der Physiologie der Massage. Der folgende Abschnitt behandelt die direkten oder lokalen Wirkungen der Massage auf einzelne



Organe: Haut, Fett, Muskel, Blut- und Lymphgefässe, Herz, Blut, Nerven. Kapitel 3 enthält weiter die allgemeinen oder dynamischen Wirkungen der Massage, nämlich auf Stoffwechsel, Diurese, Resorption der Nahrung, Blutdruck und Blutzirkulation, Atmung, das letzte Kapitel endlich die Wirkung auf die Eiweiss-, Galle- und Zuckerausscheidung.

Das Buch bedeutet unzweifelhaft eine wesentliche Förderung der Massage, indem es sie mehr, als dies bisher möglich war, auf das sichere Fundament exakter Wissenschaftlichkeit stellt.

G. Norström. Chronische rheumatische Muskelentzündung und ihre Behandlung durch Massage. Leipzig 1909. Georg Thieme. Preis 0,80 Mark.

G. Norström. Der chronische Kopfschmerz und seine Behandlung durch Massage. Zweite umgearbeitete Auflage. Leipzig 1910. Georg Thieme. Preis 1,80 Mark.

Beide Schriften behandeln das gleiche Leiden, das nach B.'s Erfahrungen ungemein häufig vorkommt und fast ebenso häufig verkannt wird.

Er unterscheidet drei Stadien, das der Schwellung, der Resistenz, der Induration, letzteres der Frorie pschen „rheumatischen Schwiele“ entsprechend. Das Leiden kann so ziemlich an allen Muskeln vorkommen, es kombiniert sich nicht selten mit aetiologisch analogen, nämlich rheumatischen Affektionen in den Nerven, im Fettgewebe. Speziell der chronische Kopfschmerz wird natürlich nicht ausschliesslich, aber doch sehr häufig durch solche Muskelherde erzeugt, eine Ausnahmestellung wird der Migräne neben anderen Formen der Cephalalgie nicht eingeräumt.

Zahlreiche kasuistische Mitteilungen beleben die gewiss höchst beachtenswerten beiden Broschüren. **Vulpius**-Heidelberg.

F. Wohlauer. Technik und Anwendungsgebiet der Röntgenuntersuchung. Mit 74 Textabbildungen. Stuttgart 1909. Ferd. Enke. Preis 3,60 Mk.

Das Buch will eine kurzgefasste Einführung in die Technik der Röntgenologie geben sowie einen Ueberblick über ihr diagnostisches Anwendungsgebiet. Es soll gewissermassen eine Fortsetzung des Buches von Harras „Vorbereitung zum Arbeiten im Röntgenlaboratorium“ sein und verzichtet deshalb auf eine physikalische Einleitung.



In dem der Untersuchungstechnik gewidmeten Kapitel ist in besonders eingehender, dankenswerter Weise die Art der Lagerung der Patienten für die Aufnahme der verschiedenen Körperteile und in verschiedenen Richtungen genau beschrieben und ausgiebig illustriert.

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit den der Röntgendiagnostik zugänglichen Erkrankungen des Knochensystems, der Brust- und Bauchorgane.

Einige photographisch-technische Winke beschliessen das lehrreiche kleine Buch. **Vulpius**-Heidelberg.

Riesow. Ueber eine durch amniotische Verwachsungen hervorgerufene Missbildung. (Diss. Leipzig. 1909.)

Bei dem vorliegenden Fall handelt es sich um eine durch vielfache amniotische Verwachsungen hervorgerufene Missbildung, die schwere Wachstumshemmungen an der Vorderseite des Brustkorbes in Gestalt einer Stenalspalte mit Ectopia cordis und am Kopfe in Gestalt einer Hemikranie mit Exencephalie sowie mehrfachen Störungen der Gesichtsbildung aufweist. **Blencke**-Magdeburg.

---

1) **J. Goyanes.** Algunas deformidades congénitas raras de las extremidades. (Rev. clinica de Madrid 1909, Band 2. Nr. 13.)

Beschreibung einiger seltener Fälle von angeborenen Missbildungen mit Beigabe von Photographien und Röntgenbildern.

1. Fall. Partieller Riesenwuchs der zweiten und dritten Zehe des linken Fusses verbunden mit Syndactylie bei einem ca. einjährigen Kinde.

2. Fall. Angeborenes Genu varum.

3. Fall. Aplasie bezw. Hypoplasie beider Obenschenkelknochen bei einem dreijährigen Kinde.

4. Fall. Partieller Riesenwuchs des Zeigefingers und des Mittelfingers der linken Hand bei einem zweijährigen Knaben. Die Länge des Mittelfingers betrug 6 cm. Da dies eine Länge ist, welche dem Mittelfinger des erwachsenen Menschen ungefähr entspricht, so wurden die Epiphysen der Fingergelenke operativ entfernt, um ein weiteres Wachstum des Fingers zu verhindern.

5. Fall. 6 Monate altes Kind, welches normal geboren war und folgende Missbildungen zeigte:

Pes plano-valgus rechterseits, Pes varo-equinus mit Syndactylie der 4 äusseren Zehen linkerseits. Von der linken oberen Extremität be-



stand nur ein kurzer Stumpf, welcher im Röntgenbilde die obere Hälfte des Humerus zeigte. Am linken Arm war der Humerus normal, das Ellbogengelenk aber war ankylosiert; der Vorderarm war sehr kurz, und das Röntgenbild ergab, dass nur der Radius vorhanden war, die Ulna hingegen fehlte. Die Hand war gebildet von der Handwurzel, bei der aber keine Knochenkerne sichtbar waren; die Mittelhand bestand aus 3 Metakarpalknochen, die den 3 ersten Fingern entsprachen. Die Finger selbst zeigten nur 2 Phalangen. **Stein**-Wiesbaden.

2) **Arquellada.** Estudio de la sindactilia congénita con motivo de tres casos clinicos. (Rev. de med. y Cir. Pract. de Madrid. 1909. Nr. 1. 101.)

An der Hand von 3 Fällen von angeborener Syndaktylie bespricht A. in ausführlicher Weise die Theorie dieser Missbildung sowie alle bisher zur Operation derselben angegebenen Methoden.
Stein-Wiesbaden.

3) **Kannengiesser.** Experimentelle Untersuchungen über die Händedesinfektion mit Alkohol. (Diss. 1909. Leipzig.)

Auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen über die Händedesinfektion mit Alkohol berichtet K. in seiner vorliegenden Arbeit. Die diesbezüglichen Ergebnisse fasst er am Schlusse seiner Arbeit in folgenden Sätzen zusammen.

1. An der Gebrauchshand finden sich regelmässig eine Anzahl von Keimen, die nach den vorliegenden Versuchen meist nach hunderttausenden zählen.

2. Durch einfaches Waschen mit heissem bezw. überheissem Wasser, Seifen und Bürsten lässt sich eine Keimverminderung äusserst selten herbeiführen; in fast allen Fällen ergab sich vielmehr eine erhebliche Keimvermehrung an den Händen nach dem Waschen.

3. Bei künstlich mit Reinkulturen frisch infizierten Händen liess sich dagegen meist eine Verminderung auch durch Seifen erzielen.

4. Absolute Keimfreiheit der Hände liess sich selbst durch die besten bisher bekannten Methoden nicht immer sicher erreichen.

5. Die Versuche nach Ahlfeld ergaben im Durchschnitt eine Keimverminderung von 97,10%.

6. Nach Fürbringers Methode wurde eine durchschnittliche Keimverminderung von 99,77% erzielt, die selbst noch nach Neutralisation des Sublimates durch Schwefelammonium 99,53% betrug.

7. In beiden Verfahren ist der Alkohol als das wirksame Prin-



zip der Keimverminderung anzusehen, wie auch die allein mit Alkohol angestellten Versuche beweisen. Die vorausgehende Seifenwaschung hatte eher eine Verschlechterung als eine Verbesserung der Resultate zur Folge.

8. Nach den vorgenommenen Versuchen scheint der hochprozentige Alkohol in dieser Beziehung dem minderprozentigen (60%) überlegen.

9. Gewöhnlicher Brennspiritus steht dem Spiritus rectificatissimus in der Keimverändernden Wirkung nicht nach.

10. Ebenfalls sehr gute Ergebnisse wurden mit der von Schumburg angegebenen Alkohol-Aether-Säuremischung erzielt. Indessen wurde diese Lösung von mehreren Versuchspersonen weniger gut vertragen, insofern als die Haut darnach eher spröde und rissig wurde als bei Waschung mit gewöhnlichem Alkohol. Auch hier wirkte eine vorherige Wasserwaschung oder Waschen mit Seife eher ungünstig.

11. Zusatz von Salpetersäure, Formalin, Aceton, Sublimat und Wasserstoffsuperoxyd zum Alkohol, die ausserdem meist nur ein stärkeres Angreifen der Hände verursachten, brachten gleichfalls keine besseren Resultate.

K. stellt als Schlussfolgerungen seiner Untersuchungen folgende auf:

Als Händedesinfektionsmittel kommt dem Alkohol eine ausgezeichnete Wirksamkeit zu. Waschung der Hände vor der Desinfektion ist unnötig, Nachspülen mit antiseptischen Mitteln nicht erforderlich.

In verhältnismässig kurzer Zeit und mit wenig Mitteln durchführbar, bedeutet daher die Alkoholdesinfektion für den Praktiker wie für den Kriegschirurgen ein nahezu ideales Verfahren.

Die günstigen Erfolge wurden mit Spiritus rectificatissimus, Brennspiritus und der Schaumburg'schen Mischung erzielt, von denen das letztere Verfahren aus verschiedenen Gründen (Feuergefährlichkeit, hoher Preis des Aethers, Händeschädigung) den beiden erstgenannten nachsteht. **Blencke-Magdeburg.**

4) **Cassanovas.** La hemostasia por constriccion elástica del tronco (Procedimiento Ribera-Momburg). Notas experimentales. (Rev. de med. y Cir. pract. de Madrid 1909. Nr. 1. 101.)

C. hat experimentelle Untersuchungen über das Momburgsche Verfahren der Blutleere der unteren Körperhälfte angestellt. Er hat die Tiere (Hunde) vor der Anlegung des Schlauches chlorofomiert und



dann jedesmal zwei Touren unterhalb des Rippenrandes angelegt. Der Schlauch blieb 40 bis 45 Minuten liegen und wurde dann gelöst. Wenn die Lösung sehr schnell erfolgte, so wurde eine Beschleunigung des Pulses beobachtet zugleich mit einer Verminderung des Blutdruckes. Das Tier erwachte sehr schnell aus dem Chloroformschlaf. Wenn der Schlauch langsam und allmählich gelöst wurde, so waren die obigen Erscheinungen weniger deutlich ausgesprochen, aber immer noch vorhanden. In den ersten 24 Stunden nach der Kompression war die Urinmenge sehr klein. Es konnte nur ein bis zwei ccm. Urin von dunkler Farbe gesammelt werden. An den unteren Extremitäten bestanden dann stets Parästhesien, sodass die Tiere beim Laufen wankten. Diese Parästhesien waren sehr deutlich und dauerten bis zu 10 Tagen. Ein Hund entleerte 8 Tage nach dem Versuch blutigen Stuhl, welcher 2 Tage anhielt. Bei der Autopsie des Tieres fand sich eine ringförmige Einschnürung in dem unteren Teil des Dickdarmes, welche mit der Stelle, an welcher der Schlauch gelegen hatte, übereinstimmte. Im Uebrigen wurde aber an Tieren, welche zu verschiedenen Zeiten nach Vornahme der Kompression getötet worden waren, nichts besonderes am Darm gefunden. C. zieht daher den Schluss, dass, wenn die Unterleibsorgane im übrigen gesund sind, das Momburgsche Verfahren ohne Gefahr für dieselben angewandt werden kann.

Stein-Wiesbaden.

5) **Ribera.** Procedimiento de Momburg. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. 1909. Nr. 1072.)

R. gibt eine ausführliche Beschreibung des von Momburg im „Zentralblatt für Chirurgie“ Nr. 23 1908 mitgeteilten Verfahrens der Kompression der Aorta zur Erzeugung der Blutleere in den unteren Extremitäten etc. und erhebt Anspruch auf die Priorität dieses ganzen Verfahrens. Die Prioritätsansprüche werden durch sehr ausführliche Mitteilungen begründet, welche hier nur kurz wiedergegeben werden können. R. hat im Jahre 1893 in der Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid angegeben, dass man zur Erreichung der Blutleere bei der Exartikulation des Hüftgelenks den Schlauch in Form einer Spica anlegen solle. Die zirkuläre Tour dieser Spica lag schon damals an der gleichen Stelle, wie der Momburg'sche Schlauch. Das Verfahren war aber noch unvollkommen. In einer aus dem Jahre 1898 stammenden neuen Mitteilung gab R. eine neue Führung des Schlauches an, bei der die eine Tour der Spica nicht mehr in der Leistenbeuge, sondern in der Interglutäalfurche verläuft. Mit dieser Anlegung des Schlauches war es möglich, die Exartikulation unter vollkommener Blutleere zu vollenden, und auch grosse Stücke des Beckens zu resezieren,



sowie auch die Leistendrüsen nötigenfalls zu entfernen. Endlich verweist R. noch auf eine weitere Mitteilung aus dem Beginn des Jahres 1908, in welcher direkt ausgesprochen wurde, dass durch die vorher geschilderte Schlauchanlegung eine Kompression der Aorta ausgeübt werden solle. Es handelt sich bei dem letzteren Falle auch wieder um eine Exartikulation in der Hüfte mit Ausräumung der Leistendrüsen. R. gibt dann eine Statistik von 54 Exartikulationen im Hüftgelenk. Davon wurden 48 mit obiger Schlauchanlegung operiert. 9 mal wurde die primäre Amputation des Oberschenkels vorgenommen, weil damals noch die erste Methode der Schlauchanlegung dies notwendig machte. Von 54 Operationen unter Blutleere wurden 32 geheilt, 10 sind gestorben, 4 blieben ungeheilt und 2 befinden sich zur Zeit in Behandlung. Von den 10 Todesfällen sind nur 4 in unmittelbarem Anschlusse an die Operation erfolgt; die 6 übrigen starben aus anderen Ursachen.

Stein-Wiesbaden.

6) **Solé.** Miositis osificante generalizada. (Rev. de la Soc. méd. Argentina Bd. XVII. Nr. 90—91.)

Mitteilung eines Falles von allgemeiner Myositis ossificans, die wohl angeboren war. Das jetzt 7 jährige Mädchen stammt von gesunden Eltern. 4 Tage nach der Geburt des Kindes bemerkten die Eltern, dass auf dem Bauche des Neugeborenen 2 harte Stränge waren, welche von den Rippen bis ganz nach unten reichten. Diese harten Stränge sollen im Alter von 4 Jahren verschwunden sein; dagegen entwickelten sich im Alter von $2^1/_2$ Jahren, nachdem das Kind einen heftigen Fall erlitten hatte, an den verschiedensten Stellen des Körpers, besonders aber am Hals und am Thorax eine grosse Zahl von harten Knoten, welche sehr schmerzhaft waren. Mit 4 Jahren verschwanden die Schmerzen, die Knoten blieben bestehen. Die Untersuchung beim Eintritt in die Behandlung ergab eine im allgemeinen zurückgebliebene Entwicklung. Die Wirbelsäule wird steif und im oberen Teile kyphotisch gehalten. Die Arme sind stark adduziert und ohne die normale Beweglichkeit. Am Thorax sind zahlreiche Tumoren an den verschiedensten Stellen sichtbar. Sie sind sehr hart und von verschiedener Grösse. An der vorderen Seite des Halses befinden sich 2 harte Stränge, wie Knochenleisten sich anfühlend, welche am Kinn entspringend bis zum Sternum herunterlaufen. Eine gleiche Erscheinung findet sich auch auf dem Rücken, wo die Stränge längs der Wirbelsäule, vom Hinterkopf beginnend, herablaufen. An den Armen finden sich in den Muskeln zahlreiche Verknöcherungen, welche durch Röntgenaufnahmen verifiziert werden konnten.

Stein-Wiesbaden.



7) **Krause.** Ischämische Muskelkontrakturen. (Diss. Leipzig. 1910.)

Um die Frage beantworten zu können, ob man berechtigt ist, den behandelnden Arzt in jedem Fall für die schwere Schädigung des Patienten verantwortlich zu machen, und ob der feste Verband wirklich die einzige Schuld an dem Zustandekommen einer ischämischen Muskelkontraktur trägt, hat K. 80 Fälle aus der Literatur zusammengestellt, die im Zusammenhang mit Knochenbrüchen standen. Unter diesen befanden sich eine ganze Reihe, bei denen überhaupt kein einschnürender Verband angelegt wurde. Da in der Aetiologie dieses Leidens die Verletzungen der ernährenden Gefässe sicherlich eine wichtige Rolle spielen, soll man sich stets davon überzeugen, ob eine solche vorliegt oder nicht. Hat man dies getan, dann kann man natürlich mit der nötigen Sorgfalt einen Verband anlegen. Tritt trotz alledem doch noch eine Kontraktur ein, nun dann trifft den Arzt sicherlich keine Schuld. K. berichtet sodann weiter über 4 derartige Fälle, die in der Leipziger Universitätspoliklinik operativ behandelt wurden; man erzielte in einem Fall eine vollkommene Heilung, in dem zweiten eine fast vollkommene Heilung, in dem dritten eine wesentliche Besserung und in dem vierten nur einen geringen Erfolg. Eine typische Operationsmethode stellt Verf. nicht auf, wohl aber lehren die behandelten Fälle, dass man unter Umständen alle Gebilde des Vorderarms in in das Bereich der Operation zu ziehen hat. (Ref. hat auch über einen Fall berichtet, bei dem lediglich durch eine Kontinuitätsresektion beider Vorterarmknochen ein vollkommenes Resultat erzielt wurde, so dass auch nicht einmal Spuren einer Störung in der Funktion zurückblieben.) **Blencke-Magdeburg.**

8) **J. Grober** (Essen). Zu der rheinisch-westfälischen Epidemie von spinaler Kinderlähmung. (Med. Klin. 1909. 47.)

Bei der auffallenden Steigerung der Todesfälle ist eine stärkere Virulenz des noch unbekannten Virus anzunehmen. Es werden nicht nur Kinder im 2.—4. Lebensjahr ergriffen, sondern auch ältere und namentlich noch jüngere. Bei der gegenwärtigen Epidemie scheinen Darmerscheinungen zuerst aufzutreten. Häufig ist im Verlauf der Erkrankung das Auftreten einer einseitigen Facialisparese (passt nicht zur spinalen Kinderlähmung). Sonderbar ist weiter bei der jetzigen Epidemie, dass sich die distalen Muskeln wieder erholen, die zentralwärts gelegenen gelähmt bleiben.

Mortalität in den ersten Tagen 15% und darüber. Bezüglich der Lähmungen ist zu sagen, dass die Muskeln, die rasch E a R zeigen, dauernd gelähmt bleiben.



Therapie: Darm bald und vollständig entleeren. Mehrere Tage hintereinander Spinalpunktion (gegen die meningitischen Symptome), eventuell Kollargolinjektionen (Credé). **Ewald**-Hamburg.

9) **Beneke.** Ueber Poliomyelitis acuta. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 4.)

Drei histologische Untersuchungen zeigen den bekannten path.-anatomischen Befund im Rückenmark und seinen Häuten. Ueberimpfungen auf Kaninchen verursachten den Tod, doch zeigte das Gehirn und Rückenmark keine Veränderungen. Als einzig pathologisches Zeichen fand sich in allen 3 Fällen eine Haemosiderinmilz. Ueberimpfung auf einen Affen brachte das typische Krankheitsbild und auch path.-anatomisch die typische Poliomyelitis. Sehr schön war die Invasion der Leukocyten in die Ganglienzellen zu sehen. Die Kapillaren hatten in ihren Scheiden Leukocyteninfiltrate und waren selbst prall mit Blut gefüllt. — B. glaubt, dass die Entzündung interstitiell beginnt, und dass von da aus erst die Ganglienzellen ergriffen werden, eine Auffassung, die er mit den meisten neueren Forschern teilt. **Ewald**-Hamburg.

10) **S. Flexner** und **A. Lewis** (New York). Ueber experimentell erzeugte akute Poliomyelitis bei Affen und die Natur ihres Erregers. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 3.)

Verfasser konnten nicht nur Rückenmarksemulsion von Poliomyelitiskranken erfolgreich auf Affen übertragen, sondern konnten diese Uebertragung auch durch viele Generationen von Affen auf Affen weiterführen. Der Ort der Injektion war gleichgültig (Hirn, Leibeshöhle, Gefässsystem, Subcutis). Die Krankheitserscheinungen traten am 5.—22. Tage nach der Injektion auf, immer kam es zu Paralysen. Auch nach 7 tägiger Aufbewahrung des erkrankten Rückenmarks in Glycerin war das Virus noch wirksam. Weiter wurde das in physiologischer Kochsalzlösung zerriebene Rückenmark durch ein Berkefeldfilter getrieben und dann injiziert; der Erfolg war eine typische Lähmung. Die Krankheitserreger konnten mikroskopisch bisher noch nicht nachgewiesen werden.

Ewald-Hamburg.

11) **O. Foerster.** Zur Symptomatologie der Poliomyelitis ant. acuta. (Berlin. klin. Woch. 1909. 49.)

Beobachtungen bei der Breslauer Epidemie. (50 Fälle.) Es handelt sich keineswegs nur um eine Erkrankung der Vorderhörner, sondern es sind auch mehr oder weniger die Meningen des Rücken-

marks und Gehirns sowie andere Teile des Zentralnervensystems befallen. Dementsprechend sind auch die Symptome. (Nacken- und Rückenschmerz, Steifigkeit des Nackens und der Wirbelsäule, Schmerzen in den Extremitäten.) Manchmal ist tonische Starre in den Muskeln nachzuweisen, die nachher gelähmt werden. Manchmal bleiben die meningealen Symptome viele Wochen bestehen (meningitische Form der Kinderlähmung). — Als Ausdruck der Beteiligung der Seitenstränge wird Fussklonus, das Babinskysche Phaenomen beobachtet. — Die Lähmung tritt bald plötzlich auf, teils auch allmählich, so dass sie erst in 12 Tagen ihren Höhepunkt erreicht. Ausser der Lähmung der Extremitäten bestand auch Lähmung der Rumpfmuskulatur und zwar der Rücken- und der Bauchmuskeln; zugleich meistens sehr hartnäckige Verstopfung (Lähmung der Darmmuskulatur. — Die initialen Durchfälle sind als Erscheinungen der akuten Infektion zu deuten, die durch den Intestinaltraktus einwandert [Wickmann, Krause u. a.]). — Blasenlähmung einige Male in den ersten Tagen beobachtet, nie dauernd.

Ewald-Hamburg.

12) **Blanc.** Tratamiento quirurgico de las parálisis infantiles. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. 1909. Nr. 1070. u. ff.)

B. bespricht zunächst das Zustandekommen der Deformität in den Fällen von spinaler Kinderlähmung durch Atrophie der gelähmten Muskeln und durch Hypertrophie der Antagonisten. Er wendet sich hierauf einer sehr ausführlichen Beschreibung der chirurgischen Therapie bei diesem Leiden zu, und teilt die in Betracht kommenden Operationen in 3 grosse Gruppen:

1. Die Sehnenanastomosen; 2. die Sehnentransplantationen; 3. die Arthrodesen.

Die 1. Gruppe der Sehnenanastomosen teilt B. in 4 Unterabteilungen:

a. Die lateralen Anastomosen; b. die aufsteigenden oder passiven Anastomosen; c. die absteigenden oder aktiven Anastomosen; d. die aktiven und passiven Anastomosen.

Eine Sehnenanastomose muss folgende 3 Bedingungen erfüllen:

Sie muss 1. die Deformität korrigieren; sie muss 2. die Uebertragung der Kraft des aktiven Muskels auf den gelähmten Muskel ermöglichen, und sie muss 3. die Möglichkeit bieten, dass nach der Operation die übrigen in Betracht kommenden Muskeln mit dem neu gebildeten Muskel zusammen arbeiten können. Um diese 3 Forderungen zu erfüllen, ist es öfters notwendig, noch ergänzende oder vorbereitende Operationen an den Sehnen vorzunehmen, wie z. B. Sehnenverlängerungen oder Sehnendurchschneidungen.



Die Indikationen für die Sehnenoperationen bei Kinderlähmung fasst B. wie folgt zusammen:

Wenn die Lähmung seit langer Zeit besteht und gesunde Muskeln in unmittelbarer Nachbarschaft der gelähmten sich befinden, so ist die Sehnenanastomose indiziert; wenn die gesunden Muskeln, welche benutzt werden sollen, sehr weit von den gelähmten Muskeln entfernt sind, muss eine Sehnentransplantation vorgenommen werden; wenn es sich um eine Lähmung aller Muskeln an einer Extremität oder im Umkreise eines Gelenkes handelt, so macht man die Arthrodese; für letztere verwendet B. Metallsuturen. Stein-Wiesbaden.

13) **Machol** (Bonn). Die chirurgisch-orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 2. u. 3.)

Der Chirurg resp. Orthopäde hat in allen Stadien der Erkrankung Gelegenheit, sich zu betätigen. Zunächst kann die ja öfter sehr schmerzhafte Wirbelsäule mittels Gipsbett ruhig gestellt werden. Ferner soll gleich von vornherein der Kontrakturstellung vorgebeugt werden durch improvisierte portative Apparate oder Gipsschalen. In der II. Etappe — der ausgedehnten schlaffen Lähmung, die noch teilweise zurückgehen kann, — soll sich der Neurologe und Orthopäde die Hand reichen: die elektrische Behandlung soll bei maximal korrigierter Stellung des gelähmten Gliedes durchgeführt werden. Daneben soll die Kontraktur verhütet werden, die gesunden Muskeln müssen in ihrer Wirkung geschwächt werden, den paretischen muss der letzte Rest von Kraft erhalten, resp. wiedergewonnen werden. Dazu ist ein dem besonderen Fall angepasster Apparat, eventuell mit Hemmungen und elastischen Zügen nötig.

Kann das Uebergewicht der gesunden Muskeln nicht anders beseitigt werden, so ist Tenotomie oder plastische Verlängerung derselben nötig. M. meint, dass dieser kleine Eingriff der einzig wirksame Faktor bei mancher „gelungenen“ Sehnentransplantation gewesen ist. Der Verlängerung des gesunden Muskels steht die Verkürzung des paretischen und damit dessen Funktionsstärkung gegenüber. Einher mit diesen Eingriffen geht das modellierende Redressement bis zur Ueberkorrektur. Dann liegt die Möglichkeit der Restitution bei lange paretisch gebliebenen Muskeln vor. — Es ist zu betonen, dass bei frühzeitiger Prophylaxe es garnicht erst zur Verlängerung und Verkürzung der Muskulatur und damit auch nicht zur Ausbildung einer Kontraktur zu kommen braucht.



Was die Behandlung der abgeschlossenen Lähmung (III. Etappe der Erkrankung) anlangt, so wird bei jungen Kindern nach M.'s Meinung das Redressement allein meist ausreichen, bei älteren Patienten sind Muskel- und Sehnendurchschneidungen oder Osteoklasen resp. Osteotomien nötig. (Epiphyseolysen sind nicht zulässig und zu umgehen!)

Auch in diesen schweren Fällen reicht oft die Beseitigung der Kontraktur aus, um dem paretischen Muskel einen Teil seiner Funktion wiederzugeben. Oft wird man hier allerdings statt der einfachen Tenotomie des gesunden Muskels die Ueberpflanzung vornehmen. Grundbedingung ist auch hier, dass vorher die Kontrakturstellung völlig korrigiert ist. Am besten ist es wiederum, wenn die Kontraktur von vornherein durch Schienen- oder Hülsenapparate ausgeglichen wurde. Ist sie da, so soll die Beseitigung zeitlich von der späteren Operation getrennt werden durch wochen- bis monatelange Fristen. Es erscheint sicher, dass die Erfolge der Sehnentransplantation mit zunehmendem Alter sich bessern, während durch zu frühe Vornahme der Operation die Erfolge vereitelt werden. R. Jones operiert nicht vor dem 8. Jahre, Lange macht eine Arthrodese erst im 20. Jahre.

M. geht dann auf die Indikation für Arthrodese und Sehnentransplantation ein, die dem Orthopäden geläufig sein dürfte. Besonders nützlich scheint die Arthrodese beim Schulter- und (einem!) Hüftgelenk zu sein. Auch das Kniegelenk sollte — wenn überhaupt nötig — nur einseitg versteift werden. Dagegen sollte bei jedem beträchtlichen Ausfall der Unterschenkelmuskulatur die Sprunggelenksarthrodese gemacht werden, und zwar immer, wenn von den 9 Muskeln 5 fehlen. Die Arthrodese muss mindestens 3 Monate völlig fixiert, dann noch mehrere Monate durch Hülsen immobilisiert werden. —

Die Fasziodese und Tendodese scheint berufen zu sein, die Arthrodese bis zu einem gewissen Grad zu ersetzen.

Auf die verschiedenen Arten der Sehnenüberpflanzung resp. -verpflanzung braucht sich das Referat nicht einzulassen; ebensowenig auf die Erfolge resp. Misserfolge, die von den einzelnen Autoren (Vulpius, Codivilla, Lange, Hoffa, Karch) berichtet wurden. Heutzutage ist die Kombination aller Hilfsmittel das Verfahren der Wahl, das selbst bei schwersten Krüppelformen gute Resultate liefern kann. Auf die Wichtigkeit der Nachbehandlung weist M. immer wieder hin. Auch nach Sehnenüberpflanzungen sollen die Gelenke erst nach 3—6 Monaten zur Funktionsübung freigegeben und auch dann noch lange durch Apparate gestützt werden. Massage, Bäder, Elektrizität, Gymnastik machen unterdessen die Muskeln wirkungsfähig und wirkungskräftig.



Das Verfahren der Nervenüberpflanzung ist noch nicht genügend erprobt, um endgültiges zu sagen; die Lähmungen der oberen Extremität erscheinen für das Verfahren besonders geeignet.

Ewald-Hamburg.

14) **Thiem** (Cottbus). Bemerkungen zur Invalidenbegutachtung. (Monatschr. für Unfallheilk. und Invalidenwesen 1909. 11.)

Ein 27jähriges Mädchen mit zerebraler Kinderlähmung konnte, obwohl sie an der Grenze der Invalidität stand, noch den Beruf einer Handweberin erfüllen. Ein sich nach Influenza entwickelnder Herzfehler machte sie invalide. — Dieser Fall ist ein Beweis dafür, wie gut sich Menschen ihrem Gebrechen in der Jugend anpassen können. Im Alter sind diese Gewohnheitsausgleichungen nicht mehr möglich, zumal wenn das Gebrechen (etwa durch einen Unfall) plötzlich einsetzt.

Ein jetzt 59 jähriger Mann hat vor 20 Jahren eine Ausrenkung des Oberarms erlitten, die nicht wieder eingerenkt wurde. so dass er nur den Unterarm gebrauchen konnte. Eine gleichzeitig vorhandene Syringomyelie brachte es zum Schwund der ganzen Oberarmepiphyse, so dass jetzt das proximale Ende des Humerus 10 cm. unterhalb des Schultergelenks zu fühlen ist. Trotz dieser erheblichen Funktionsbeschränkung ist Pat. 20 Jahre lang als Schäfer tätig gewesen. Eine Phlegmone an der Hand machte ihn zum Invaliden. Landleute mit deformierenden Hüftgelenksentzündungen können auffallend oft und lange noch ihre Arbeit verrichten. Anders ist es mit viel jüngeren Leuten, die nach Gonorrhoe, Tuberkulose oder Osteomyelitis plötzlich eine steife Hüfte bekommen. Leute mit Skoliose oder Bechterewscher Versteifung der Wirbelsäule gleichen diese Versteifung durch grössere Inanspruchnahme der gesunden Wirbelsäulenabschnitte aus.

Eine genaue Erörterung über dauernde und vorübergehende Erwerbsunfähigkeit, über die gewissenhafte und gründliche Untersuchung bei der Invalidenbegutachtung schliesst sich an.

Ewald-Hamburg.

15) **Goyanes.** Un caso de operación de Foerster. (Rev. de méd. y Cir. Pract. de Madrid 1910. Nr. 106.)

G. hat die von Foerster angegebene Operation der Durchschneidung der hinteren Wurzeln des Rückenmarks zur Heilung spastischer Zustände in folgendem Falle angewandt:

Eine Frau, welche einen Fall aus grosser Höhe erlitten hatte, hatte im Anschluss an diesen Fall zuerst Parästhesien und dann spastische Erscheinungen an den Extremitäten gehabt; dazu kam dann



Urininkontinenz und heftige Schmerzen in der Lumbo-sakralgegend. Beim Eintritt in das Krankenhaus konnte sie nicht mehr allein gehen. Das linke Bein war stark kontrakturiert. Es bestand Fussklonus und Babinskisches Zeichen. Die Operation bestand in Laminektomie des 11. und 12. Dorsalwirbels und des 1. Lumbalwirbels mit nachfolgender Resektion der drei hinteren Wurzeln. Der Erfolg der Operation war vollkommen negativ. Alle Symptome blieben bestehen. Es traten nach der Operation keine trophischen Störungen auf. F. schliesst daraus, dass es unnötig ist, wie dies Foerster vorgeschlagen hat, um trophische Störungen zu vermeiden, stets eine Wurzel zu überspringen. **Stein**-Wiesbaden.

16) **Schanz** (Dresden). Zur Behandlung der Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen. (Zentralbl für Chir. 1910. Nr. 2.)

Die nach Redressement von Deformitäten selten auftretenden epileptiformen Krämpfe, die auf Fettembolie der Gehirnkapillaren beruhen, hat Sch. mit Kochsalzinfusionen (½—1 l.) zu bekämpfen versucht, wie ihm scheint, mit günstiger Wirkung und zwar um so günstiger, je frühzeitiger und je reichlicher sie gemacht werden. Von ca. 10 Fällen ist einer zum Exitus gelangt, einer erlitt eine Halbseitenlähmung, die nach einigen Wochen wieder zurückging, alle anderen gingen in Genesung über. **Ewald**-Hamburg.

17) **Valle y Aldabalde.** Pseudotétanos Infantil. (Revue de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. 1909. Nr. 1073.)

R. beschreibt einen Fall von sog. kindlichem Pseudotetanus, einer wie es scheint sehr seltenen und nach Angabe von R. bisher nur einmal beschriebenen Erkrankung. Es handelte sich um einen 6 jährigen Knaben, welcher an einer heftigen Stomatitis erkrankt war, und im Anschluss an diese einen ausgesprochenen Krampf der Kiefermuskulatur und späterhin anfallsweise auftretende Krämpfe in den unteren Extremitäten hatte. Fieber war nicht vorhanden. Die Anfälle dauerten in grosser Heftigkeit ca. 8 Tage. Die Erkrankung ging in Genesung aus. Die Behandlung bestand in Darreichung von Chloral, Brom und Bädern. Die Dauer der ganzen Erkrankung betrug 34 Tage. Irgend ein Trauma war nicht vorangegangen. V. lässt die Aetiologie der hier beobachteten Krankheitsformen unentschieden. Er gibt die Möglichkeit zu, dass es sich vielleicht eben so wie in dem früher von Pexa beschriebenen Falle doch um einen larvierten Fall von echtem Tetanus gehandelt haben könne. Dagegen spricht aber der völlige fieberlose Verlauf und das Fehlen irgend



einer Verletzung, wenn man von der Stomatitis absieht. Bei dem Falle Pexas war keinerlei Erkrankung vorangegangen. Charakteristisch für die in Rede stehende Krankheit ist ausser dem fieberlosen Verlauf auch der Umstand, dass die oberen Extremitäten vollkommen frei bleiben. **Stein**-Wiesbaden.

18) **Hergt.** Kasuistischer Beitrag über die Beschäftigungsneuritis insbesondere deren Aetiologie. (Diss. Leipzig 1909.)

H. berichtet über 9 Fälle von Beschäftigungsneuritis, die in den letzten Jahren in der Leipziger Universitätspoliklinik zur Beobachtung und Behandlung gekommen waren, und zwar handelte es sich um 6 Männer und 3 Frauen, bei denen sämtlich die oberen Extremitäten ergriffen waren von dem Leiden, das in allen Fällen auf Ueberanstrengung zurückzuführen war, wenn auch in einigen Fällen noch eine gewisse Ungeschicklichkeit bei der betr. Beschäftigung verantwortlich gemacht werden musste. Als Nebenmomente bei der Entstehung des Leidens zählt H. den übermässigen Alkohol- und Nikotingenuss auf, ferner schlechte und ungenügende Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse, vor allen Dingen aber die in der jetzigen Zeit immer mehr zunehmende Nervosität, von der auch jugendliche Personen nicht verschont bleiben. Er bespricht dann noch die Diagnose des Leidens, die ja nicht schwer zu stellen ist, stellt im grossen und ganzen eine günstige Prognose und ist der Ansicht, dass mit Bezug auf die Therapie am meisten von einer geeigneten Prophylaxe erwartet werden darf. **Blencke**-Magdeburg.

19) **Pfeiffer.** Ueber die Bedeutung des Traumas für die Entstehung von Gewächsen im Knochensystem. (Diss. Breslau. 1909.)

P. gibt zunächst einen kurzen Ueberblick über den Stand der Frage eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Trauma und Neoplasma, über die sich die Autoren immer noch nicht einig geworden sind. Wenn auch nach seiner Ansicht sicherlich eine ganze Reihe von den in der Literatur im positiven Sinne gedeuteten Fällen einer strengen Kritik nicht standhalten, so bleiben doch immer noch Fälle genug übrig, in denen man auch bei vollkommen objektiver Beurteilung der Anamnese und der Entwickelung des Neoplasmas kaum umhin kann, eine Verletzuug und auch eine nur einmalige als das kausale Moment für die Genese von Gewächsen, insbesondere von Sarkomen, anzunehmen. P. hatte Gelegenheit im königl. path. Institut zu Breslau sieben Fälle von Sarkom zu beobachten, in



denen fünfmal ein einmaliges, zweimal ein wiederholtes Trauma voraufgegangen war. Er ist der Ansicht, dass die Herkunft der meisten Sarkome unabhängig von irgendwelchem Trauma ist und dass vor allen Dingen solche nie entstehen können, wenn ein Trauma auf vollkommen normales Gewebe einwirkt, dass es aber auch andererseits Fälle gibt, in denen das Trauma als die Ursache der Geschwulstbildung aufgefasst werden kann und muss. **Blencke**-Magdeburg.

20) **G. Piperata.** Zur Statistik der Extremitätensarkome. (D. Zeitschr. f. Ch. 102. Bd. 1—3. H.)

V. veröffentlicht die in der 2. chir. Klinik in Wien (Hochenegg) von 1894—1907 beobachteten 142 Fälle. Die Knochensarkome überwiegen die Weichteilsarkome und unter ersteren wieder die der unteren Extremität, am häufigsten ist das Femur betroffen. Die periostalen sind etwas häufiger als die myelogenen. Das Alter des häufigsten Vorkommens 15—35 Jahre.

Unter den 142 Fällen sind 15 Dauerheilungen (über 4 Jahre) 10 sind rezidivfrei, aber noch weniger als 4 Jahre, 88 sind an Rezidiven zugrunde gegangen, in 28 Fällen ist der Ausgang unbekannt. — Also auch diese Statistik ist wieder ein Beweis für die schlechten Heilungserfolge bei Extremitätensarkomen.

Baisch-Heidelberg.

21) **P. W. Nathan** und **W. W. Strang** (New-York). The joint cartilage in its relation to joint pathology. (Amer. jour. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Neuere Forscher lassen den Gelenkknorpel bei den Gelenkerkrankungen eine aktive Rolle spielen, ja, sie betrachten ihn sogar manchmal als primären Sitz der Erkrankung (Arthritis deformans). Nach seinen eigenen Untersuchungen hält N. das für unwahrscheinlich; kein anderer Reiz als die Bewegung kann den Knorpel zur Proliferation bringen. — Knorpelwunden werden mit Bindegewebe ausgefüllt. Bei vermehrter Funktion des Gelenks kann man eine Hypertrophie beobachten, dagegen verschwindet der Knorpel da, wo keine Bewegung mehr stattfindet. Nur die Punkte, die sich berühren, bleiben mit Knorpel überdeckt.

Das vaskuläre Bindegewebe, das am Knorpelrand sitzt, weicht bei vermehrter Bewegung zurück, bei verminderter schiebt es sich vor. Bei langer Ruhigstellung geht es überall dahin, wo keine Berührung der Gelenkflächen stattfindet. Daher ist bei langdauernden Gelenktuberkulosen die Bindegewebsgranulation über den Gelenkflächen keine primäre fibrilläre Degeneration; die Knorpel-

zellen darunter sind normal. Der Knorpel kann nur, wenn er degeneriert ist, angegriffen werden, und er kann nur degenerieren, wenn seine Ernährung vom Knochen her gestört ist (subchondrale kariöse Knochenherde!).

Der Gelenkknorpel behält auch oft noch sein hyalines Aussehen, wenn er vom Knochen aus nicht mehr ernährt wird. Erst wenn er degeneriert ist, kann er einer Absorption anheimfallen und durch Bindegewebe ersetzt werden.

Kaninchenversuche (Staphylococceninjektionen ins Kniegelenk) bekräftigen diese Anschauungen: Der Knorpel beteiligt sich nicht an dem pathologischen Prozess; er proliferiert weder, noch wandelt er sich in Bindegewebe um. Nur wenn der Knochen verletzt ist (durch die Injektionsnadel zufällig in 4 Fällen!) degeneriert an dieser Stelle der darüberliegende Knorpel. Durch reine Gelenkaffektionen wird er nicht berührt, lässt daher auch nie Bakterien vom Gelenkinnern in den Knochen durch. **Ewald**-Hamburg.

22) **Toyokichi Okada** (Japan). Ueber infantile Formen der Arthritis deformans. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Es gibt Fälle von primär chronischer Arthritis des Kindesalters, deren Entstehung auf entwicklungsgeschichtliche Vorgänge zurückzuführen ist. (Infantilismus.) 3 Fälle von einseitiger und doppelseitiger Osteoarthritis deformans coxae bei zwei über 50 J. alten Männern und einem 17jährigen Jungen, deren Leiden bis in die ersten Lebensjahre zurück verfolgt werden kann. Die Männer zeigten übereinstimmend die Merkmale des dystrophischen Infantilismus. (Aplasie der Genitaldrüsen und der Schilddrüse, Feminismus, psychische Störungen, Riesenwuchs). Der Junge weist teils Symptome des Schilddrüseninfantilismus auf, daneben aber Hodenatrophie, helle Stimme und Lipomatose. Immer zeigte die Untersuchung mehr oder weniger hochgradige Kontrakturstellung des Oberschenkels, das Röntgenbild zeigte die für Arthritis deformans charakteristischen Verbildungen an Kopf und Pfanne. **Ewald**-Hamburg.

23) **Denis G. Zesas.** Nachtrag zu dem Aufsatze: Ueber die juvenile Osteoarthritis deformans coxae. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Verf. teilt den Weiterverlauf der Erkrankung eines vor kurzem im Arch. (s. Ref.) berichteten Falles mit. Der Prozess hat trotz permanenter Extension Fortschritte gemacht, das Allgemeinbefinden



hat sich verschlechtert, Gang unbeholfen und hinkend. Ausser den früher aufgezählten 9 Fällen hat Z. noch 11 weitere Fälle in der Literatur gefunden, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden. Danach lassen sich 2 Arten von Osteoarthritis deformans coxae unterscheiden: eine nach traumatischen Vorgängen entstandene und eine idiopathische, die weder auf entzündliche Vorgänge (Osteomyelitis, Borchard), noch auf statische Missverhältnisse (Preiser) zurückgeführt werden kann. Z. hält die Affektion für eine chronische Ernährungsstörung der Epiphysen. **Ewald**-Hamburg.

24) **Ghillini.** Lesioni della cartilagine d'accrescimento. (Bullettino delle scienze mediche di Bologna 1910.)

Eine leichte Verkürzung seines rechten Beines infolge einer im Alter von 14 Jahren erlittenen Lösung der unteren Epiphyse des betreffenden Femur veranlasste Verf. Untersuchungen über die normale und pathologische Entwicklung der Knochen anzustellen. Bei seinen vorliegenden Versuchen erzeugte er vornehmlich, was bis jetzt noch von keiner Seite geschehen ist, mechanische Läsionen durch direktes Einpflanzen aseptischer Fremdkörper (Elfenbeinnägel) in die Epiphysenknorpel von Kaninchen. Es ergab sich, dass die Drucksteigerung in der Epiphyse Atrophie des Knochens hervorruft, während sie in der Diaphyse stärkere Verdickung des Knochens selbst bedingt.

Die auf Lösung oder Einschlagen von Nägeln beruhenden Läsionen des Wachstumsknorpels haben Verlangsamung der Entwicklung des Knochens zu Folge und bedingen in kürzerer Zeit das Verschwinden des epiphysären Knorpels selbst.

Die an einer Stelle des epiphysären Knorpels bedingten Läsionen rufen Gelenkdeformitäten hervor, auf die — nach den Gesetzen der Statik — Deformitäten der Diaphysen der die Gelenke selbst zusammensetzenden Knochen folgen.

Aus den Versuchen geht also deutlich die Wichtigkeit des Wachstumsknorpels bei der normalen und pathologischen Entwicklung des Knochens hervor. **Buccheri**-Palermo.

25) **Larraya.** Arthritis aguda blenorragica curada por la corriente continua. (Revista Medica del Uruguay 1909. Nr. 3.)

Bei einer 38 jährigen Kranken hatte einen Monat nach einer Infektion mit Gonorrhoe plötzlich eine sehr heftige und sehr schmerzhafte Entzündung im linken Kniegelenk eingesetzt. Der Umfang des Kniegelenkes war doppelt so gross wie auf der gesunden Seite. Das Gelenk war in starker Flexion fixiert; Fluktuation war deutlich.

Fieber war vorhanden. L. verordnete ausser der lokalen Behandlung der Gonorrhoe mit Spülungen von Lysoform nur die Anwendung des galvanischen Stromes auf das linke erkrankte Kniegelenk. Die Elektroden wurden täglich je 20 Minuten auf der Beuge- und Streckseite und je 20 Minuten auf der Innen- und Aussenseite des Gelenkes bei einer Stromstärke von 25 bis 30 M. A. angesetzt. Die vollkommene Heilung der eitrigen Kniegelenksentzündung soll unter dieser Behandlung nach ca. 5 Wochen beendet gewesen sein. Nach 18 Tagen konnte die Patientin bereits mit Krücken gehen. L. erklärt die Wirkung des galvanischen Stromes teils durch chemische Umsetzungen im Gewebe, teils aber auch mit der durch die gefässerweiternde Wirkung des elektrischen Stromes herbeigeführte Hyperämie.

Stein-Wiesbaden.

26) **V. P. Gibney.** The part arthrotomy plays in the treatment of tuberculous joints; more particularly the knee-joint. (Amer. journ. of. orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Während die Behandlung der Gelenktuberkulose bezgl. Ausheilung des Prozesses und günstiger Stellung des Gliedes gute Fortschritte gemacht hat, liegt es mit der Wiederherstellung der Funktion sehr im Argen. Man ist zufrieden, wenn das Gelenk ankylotisch in guter Stellung ausheilt.

Bei den Tuberkulosen mit wässrigem oder eitrigem Erguss im Gelenk hat G. die Arthrotomie ausgeführt, um wenigstens einen Teil der Beweglichkeit zu erhalten. Die Gelenkeröffnung wird mit Unrecht gefürchtet.

In 9 Fällen, die allerdings noch nicht weit genug zurückliegen, um endgültige Schlüsse zu erlauben, hat G. die Arthrotomie ausgeführt (Knie und Ellenbogen!) Dreimal war die Wunde p. p. i. geheilt, und eine Beweglichkeit von 10—20% (!) erzielt; fünfmal bestand nach der Operation noch zur Zeit des Berichts eine Fistel. Trotzdem empfiehlt G. die Arthrotomie. Ewald-Hamburg.

27) **William S. Baer.** A preliminary report of the use of animal membrane in producing mobility in ankylosed joints. (Amer. jour. of. orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Da die Interpositionen von Haut, Fett, Fascie, Muskulatur im Erfolg alle mehr oder weniger zu wünschen übrig lassen, suchte B. nach einem leicht zu adaptierenden, aber nach Abschluss der Knochen- und Gewebsneubildung, die die Resektion veranlasst hatte, resorbierbaren Material. Er fand dieses Material in der Schweineblase, die mit Chromsäure behandelt — wie Tierversuche ergaben — 40



Tage ca. unverändert liegen blieb. Durch Implantierung dieser präparierten Schweineblase erreichte er bei einer Hüftankylose eine Mobilität von 35°, bei einer angeborenen Synostose zwischen Ulna und Radius ein Supinationsvermögen von 110°, bei fibröser Versteifung nach Gonitis tuberculosa 75° Beweglichkeit, bei einer knöchernen Ankylose nach Coxitis 50° aktive Flexion, bei knöcherner Knie- und Patellaverwachsung nach gonorrhoischer Arthritis 35° aktive Beugung. Notwendig ist eine schon 8—10 Tage nach der Operation beginnende Massage, verbunden mit Uebungen.

Ewald-Hamburg.

28) **Zur Verth** (Berlin). Carbenzym bei tuberkulösen Affektionen. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 1.)

Das Carbenzym, eine Verbindung von Pflanzenkohle und Trypsin, soll eine allmähliche und langdauernde fermentative Wirkung auf pathologische Gewebe ausüben, d. h. diese zur Einschmelzung und Resorption bringen. (Falk und Sticker, Münch. med. Woch. 1910 1. Ref.) An der Bierschen Klinik wurden tuberkulöse Abszesse, Fisteln, Schleimbeutel, Knochen und Gelenke u. a. auch mit Carbenzymemulsioneinspritzung behandelt, mit wechselndem Erfolge. Doch kann Verf. soviel sagen, dass die lokale Carbenzymanwendung chirurgische Tuberkulosen aller Art günstig beeinflusst. Es ist in seiner Wirkung ähnlich dem Jodoformglycerin, ja scheint diesem häufig überlegen zu sein.

Ewald-Hamburg.

29) **Paul Zander II** (Heidelberg). Ein Beitrag zur Röntgendiagnose und Behandlung der Senkungsabscesse. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Bei dem $1^1/_2$ j. Kind, das schon seit einigen Monaten Zeichen einer Halswirbelerkrankung darbot, stellten sich in letzter Zeit Atembeschwerden ein. Nach dem Röntgenbild handelte es sich um eine Karies des 6. und 7. Hals- und des 1. Brustwirbels, ferner aber um einen Senkungsabscess, der sich vom 1.—4. Brustwirbel ausbreitete. Da die Atembeschwerden stärker wurden, wurde von dem gewöhnlichen Behandlungsverfahren (Punktion und Jodoformglycerininjektion) abgewichen und durch einen vertikalen Hautschnitt rechts neben den obersten Brustwirbeln die Querfortsätze dieser Wirbel freigelegt und abgemeisselt. Dann wurde eine Kanüle an dieser Stelle eingestossen, der Eiter entleert, die Oeffnung erweitert, die Abscesshöhle ausgespült und mit Jodoformaether gefüllt. Der Erfolg war der, dass nicht nur die Temperatur, sondern auch die



Atemnot und der Husten zurückgingen. Jetzt — nach 2 Monaten ist die Wunde bis auf eine oberflächliche granulierende Stelle zugeheilt.
Ewald-Hamburg

30) **J. Ridlon u. Wallace Blanchard** (Chicago). Further observations upon the bismuth paste treatment of tuberculous sinuses. (Amer. jour. of. orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Verff. teilen ihre Erfahrungeu über 100 Fälle mit. Die besten Erfolge haben sie bei alten tuberkulösen Abscessen mit 1—5 jähriger Fistelbildung gehabt. Exstirpationen des Femurkopfes, die früher häufig Fisteln zurückliessen, führten bei Anwendung der Wismutpaste immer zu guten Heilungen. Geschlosseue Abscesse, die geöffnet, entleert und mit Wismut gefüllt und wieder geschlossen wurden, heilten in einigen Tagen. Kontraindikation ist Anwesenheit eines Sequesters, der erst entfernt werden muss. Auch Amyloidfälle können durch Wismut nicht mehr gebessert werden. — Einmal nur wurde Vergiftung beobachtet nach 8maliger Injektion in einem Fall von Spondylitis mit grossen Abscessen (blaues Zahnfleisch!). — Verschwinden der Symptome nach Sistierung der Injektionen. — Bei weniger als 2—3 Wochen alten Fisteln soll Wismut nicht angewandt werden. (Weichheit der Fistelwände und Abscesssäcke, Möglichkeit der Beförderung der Sekundärinfektion.) — Die Paste bedarf einer festen Wand, wenn sie den Eiter heraustreiben, die Abscesshöhle von der Aussenwelt abschliessen und die Granulationen komprimieren soll. — Die Heilungsdauer nimmt 7 Tage bis 1 Jahr in Anspruch (Durchschnitt cr. 6 Wochen).

Röntgenbilder geheilter Fälle zeigen die Persistenz des Wismut für Monate und Jahre.

Verff. haben wegen der Vergiftungsgefahr neuerdings das Wismut ganz weggelassen und nur folgende Masse injiciert: 1 Teil weisses Wachs und 8 Teile Vaselin. Auch hier heilten die Fisteln in 2 bis höchstens 12 Wochen aus, ein Beweis für die rein mechanische Wirksamkeit der Paste. — Natürlich muss die Gelenkerkrankung selbst immer nach der alten Methode noch viel längere Zeit weiter behandelt werden.
Ewald-Hamburg.

31) **M. Hirschberg** (Frankfurt a. M.). Die Codivilla'sche Nagelextension, ein zweckmässiges Behandlungsverfahren bei Knochenbrüchen. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 1.)

H. betont nicht nur die Priorität Codivilla's vor Steinmann sondern auch die Vorzüge der Fersennagelextension, die sowohl bei



Ober- wie bei Unterschenkelbrüchen die gleiche Wirksamkeit gewährleiste. H. schildert umständlich die Technik an einem schweren Unterschenkelsplitterbruch, bei dem er das Verfahren erst 4 Wochen nach dem Unfall anwandte und trotzdem noch ein gutes Resultat erzielte. Zum Schluss wendet sich H. gegen Bockenheimer, der die Nagelextension für entbehrlich hält. **Ewald**-Hamburg.

32) **Rücker** (Werden). Beitrag zur Technik des Streckverbandes nach Bardenheuer. (Zentralblatt für Chir. 1910. Nr. 4.)

R. beschreibt eine Modifikation des Bardenheuerschen Streckverbandes, die er bei Unterschenkelfrakturen in der Nähe des Sprunggelenkes bezw. vom distalen Drittel abwärts anwendet, um einen genügend starken und exakt korrigierenden Zug am distalen Fragment ausüben zu können. Er benutzt dazu zwei „Stiefelzüge", die sich über der Dorsalseite des Sprunggelenks und dem Fersenbeinhöcker kreuzen. Der obere Zug läuft nach unten zum Betttuch, der untere nach oben zur Bettkante. Belastet werden die Stiefelzüge, mit denen man Abduktion und Adduktion, Dorsal- und Plantarflexion dosieren kann, mit je 2—4 Pfund, während die Hauptlängsstrecke mit 8—10 Pfund versehen ist. Die Gefahr des Decubitus ist sehr gering. die vom Verf. erzielten Resultate sind gut. Dem Artikel sind zwei die Methode veranschaulichende Figuren beigegeben.

A. **Stoffel**-Heidelberg.

33) **Wilh. Becker** (Bremen). Heissluftpendelapparate. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Im Hinblick darauf, dass man mit der Heissluft- und Bewegungstherapie nicht nur die gleichen Ziele verfolgt, sondern auch auf die Gewebe eine ähnliche Wirkung ausübt (Hyperämisierung, Erweichung resp. Dehnung, Herabsetzen der Empfindlichkeit resp. Lösung der Muskelspasmen und Beseitigung der Inaktivitätsatrophie) hat B. die medico-mechanischen Apparate von Baumgartel (Halle a. S.) mit einfachen Heissluftapparaten versehen, die das erkrankte Gelenk, während die Extremität pendelt, der heissen Luft aussetzen. Die schmerzlosen Bewegungsexkursionen werden dadurch erstaunlich gross. Für die Behandlung Unfallverletzter eignen sich die Apparate ganz besonders; überhaupt für chronische Arthritiden. Die Abbildungen erklären die Einordnung des Heissluftapparates (Gas-Spiritus) in die Baumgartelschen Apparate. **Ewald**-Hamburg.

34) **H. Krukenberg** (Elberfeld). Kontraindikation der Aethernarkose bei Röntgenaufnahmen. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 4.)

Bei einer Röntgenaufnahme eines 2 jährigen Kindes wurde eine leichte Narkose mit dem Roth-Prägerschen Sauerstoffnarkosenapparat eingeleitet. Plötzlich kam es zur Detonation, der „Sparbeutel" des Apparates platzte, das „Schauglas" des Aethervergasers wurde in kleinste Stücke gesprengt. Das Kind erlitt eine leichte Verkohlung der Oberlippe.

Ewald-Hamburg.

35) **Malgangi.** Modificazioni dell' eccitabilità neuro-muscolare determinate dai raggi X. (Rivista internazionale di terapia fisica 1909. Nr. 10.)

Die X-Strahlen beeinflussen das periphere Nervensystem gleich nach ihrer Anwendung, indem sie die elektrische neuro-muskuläre Erregbarkeit herabsetzen. Die Kontraktion ist weniger kräftig, die Extensionsphase wird langsamer, die sekundäre Kontraktion weniger intensiv. Diese Wirkung der X-Strahlen gleich nach ihrem Gebrauch dauert entweder in demselben Grad noch 15 Minuten fort oder wird noch stärker, indem sie eine grössere Verminderung in der neuromuskulären Erregbarkeit mit sich bringt. Die von den X-Strahlen auf das periphere Nervensystem entfaltete Wirkung ist keine kumulative. Angenommen, die Umstände, unter denen sich die Versuche der verschiedenen Gruppen abspielen, seien identisch, so muss man zu der Ansicht kommen, dass die X-Strahlen bei jeder Anwendung einige Male eine vorübergehende, andere Male eine, eine Zeit lang persistierende Wirkung entfalten und ohne jede feste Regel entweder eine Steigerung oder eine Verminderung der elektrischen neuromuskulären Erregbarkeit bedingen.

Buccheri-Palermo.

36) **Schmiz** (Saarbrücken). Ueber isolierte Fraktur des Querfortsatzes der Lendenwirbel. (Aerztl. Sachverst.-Zeit. 1910 Nr. 2.)

Durch eine forcierte Muskelanstrengung — Beugen des Rumpfes nach rückwärts — entstanden heftige Schmerzen im Kreuz. Diagnose Muskelzerrung. Nach 6 Monaten machte sich in der Lendengegend eine harte Geschwulst bemerkbar, die sich vergrösserte. Bei der Incision entleerte sich Eiter; Fistelbildung. Die Bewegungsfähigkeit der Wirbelsäule blieb frei, doch verspürte der Soldat bei starken Bewegungen Schmerzen. Durch eine zweite Incision wurde ein plattes Knochenstückchen von $^1/_2$ qcm. Grösse entfernt. Danach schloss sich die Fistel. Nach der Ansicht des Verf. handelte es sich um den Abriss

eines Knochenstückchens vom Querfortsatz des 3. Lendenwirbels, das ausser Ernährung gesetzt wurde. Die Röntgenbilder ergaben eine intakte Wirbelsäule. **A. Stoffel-Heidelberg.**

37) **G. A. Wollenberg** (Berlin). Ueber die Resultate des Redressements des Pottschen Buckels. (Berliner klin. Woch. 1909. Nr. 46.)

Technik in der Hauptsache die von Wullstein und Calot: Gipsverbände in redressierter Stellung, 6—8 wöchentlicher Wechsel, Calotsches Rückenfenster. Dauer der Behandlung bei 5—10 jähr. Kindern und nicht zu grossen Buckeln 1—1½ Jahre. Nach Vollendung des Redressements noch Reklinationsbett mit dem Finkschen Wattekreuz, beim Aufstehen Hüftbügelkorsett mit Kopfstütze, (noch 1—2 Jahre nach dem Redressement zu tragen).

Indikation: nur bei den klinisch ausgeheilten, festen, schmerzlosen Buckeln soll redressiert werden. (Probatorische Extensionen!)

2 Fälle vor und nach der Behandlung zeigen die guten Resultate, die das allerdings langwierige und mühsame Verfahren zeitigt.

Ewald-Hamburg.

38) **Neumann.** Zur operativen Behandlung der Spondylitis tuberculosa. (Diss. Heidelberg. 1909.)

Auf Grund von vier Spondylitisfällen, die nach der Methode der Costotransversektomie behandelt wurden — drei mit sehr gutem Resultat, einer ohne Erfolg, da schon sekundäre Veränderungen im Wirbelkanal vorhanden waren, — formuliert N. die Indikationen für die Therapie der Spondylitis folgendermassen:

1. Spondylitis ohne Lähmung: konservativ, eventuell Drainage.

2. Spondylitis mit Abscess und Lähmung: Abscessdrainage in absoluter Indikation.

3. Aeltere Fälle ohne Abscess mit sekundären Veränderungen im Wirbelkanal, seien es Peripachymeningitis, seien es Knochenneubildungen: Laminektomie, Beseitigung der Ursache.

4. Wenn 2 und 3 kombiniert sind, Drainage + Laminektomie, wobei man zunächst versuchen mag, mit der Abscessdrainage allein auszukommen. Ein einzeitiges kombiniertes Verfahren wäre hier so möglich, dass man lege artis die Costotransversektomie macht, zugleich aber durch Eingehen von der Seite in den Wirbelkanal zu gelangen sucht. **Blencke-Magdeburg.**



39) **R. Jibich.** Die Bedeutung der sogenannten Konkavtorsion für die Therapie der Skoliosen. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. B. 1.—3. H. p. 153.)

Auf Grund zahlreicher Beobachtungen aus seiner Praxis, wovon er mehrere Beispiele anführt, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass Skoliosen, die die Symptome von totalen Skoliosen aufweisen und zugleich auf der konkaven Seite eine Torsion zeigen, immer als kombinierte Skoliosen zu diagnostizieren sind. Dementsprechend ist auch die Behandlung einzurichten. **Balsch**-Heidelberg.

40) **Giordano.** Radiografia di un caso di spondilite rizomelica. (Il Policlinico, Sez. prat. 1909 fasc. 47.)

Ebenso wie schon in den spärlichen in der Literatur niedergelegten Autopsien konstatierte Verf. starke Rarefaktion der Wirbelkörper und Darmbeine, die den Querfortsätzen entsprechend am auffallendsten ist. Verknöcherung der Zwischenwirbelscheiben besonders an der Peripherie. Mit Marie, Levy und Bechterew kann man die Spondylitis rhizomelica als eine kompensatorische Ankylose von präexistierenden Rarefaktionen und demnach als einen Heilungsprozess betrachten.

Buccheri-Palermo.

41) **Marcus** (Posen). Ueber einige Modifikationen am Hessingkorsett. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. Bd. VIII. 2.)

Um der seitlichen Verschiebung des Rumpfes bei schweren Skoliosen entgegenzuarbeiten, hat M. an den konvexseitigen Hüftbügel einen zweiten mehr nach aussen und oben liegenden Bügel angebracht, von dem 2 Stützpfeiler zu den beiden Längsschienen laufen, welche die Armkrücken tragen. Diese Stützpfeiler sollen den nach der konvexen Seite abgewichenen Rumpf aufrichten. Da der einfache Bügel auf der anderen Seite bald nach oben vom Becken abzurutschen drohte, wurden die vertikalen Stangen desselben mittels eines Riemens fest miteinander verbunden. M. verspricht sich von dieser Modifikation eine stärker korrigierende Wirkung des Hessingkorsetts. — Er warnt übrigens davor, vom Korsetttragen überhaupt eine nennenswerte heilende Wirkung zu erwarten.

Ewald-Hamburg.

42) **Luft.** Luxatio humeri congenita. (Diss. Giessen. 1909.)

Nachdem L. mit kurzen Worten der Fälle, die er in der ihm zugänglichen Litteratur finden konnte, Erwähnung getan, berichtet er im Anschluss hieran über einen Fall von kongenitaler Schulter-



gelenksluxation. Durch die Sektion wurde bestätigt, dass in der Tat eine derartige Luxation vorlag und dass es sich nicht etwa um eine Epiphysenablösung handelte. Als Ergebnis seiner Arbeit stellt L. am Schlusse derselben folgende Sätze auf:

1. Das Zustandekommen einer intrauterinen Schultergelenksluxation ist möglich.

2. Die die Luxation bewirkende Kraft ist weniger in Traumen als in den Kontraktionen der Uterusmuskulatur, besonders bei Fruchtwassermangel zu suchen.

3. Die zur Entstehung der Luxation notwendige Haltung des Armes wird nur durch seltene Umstände gegeben sein, woraus die abnorme Seltenheit der Schultergelenksluxation resultiert.

Blencke-Magdeburg.

43) **M. Katzenstein** (Berlin). Ueber Heilung von Schultermuskellähmungen (Trapezius bezw. Serratus durch kombinierte Muskelplastik. (Berlin. klin. Woch. 1909. Nr. 49.)

Neu an dem Verfahren ist, dass K. mit Rücksicht auf die komplizierte Funktion des M. trapezius und serratus mehrere Muskeln zum Ersatz verwendet. Er ging aus von der Anatomie und Physiologie der Scapula-claviculargelenke sowie der Muskelfunktionen, die genau auseinandergesetzt werden.

1. Fall. Trapeziuslähmung, anscheinend nach Verletzung des accessorius bei Exstirpation tuberkulöser Drüsen. (Tiefstand der r. Schulter, Lateralwärts-rücken der Skapula, Luxation der clavicula nach vorn, Erhebung des Arms nach der Seite und nach vorn nur schwer möglich. Schmerzen in Schulter und Arm. Transplantation eines Teils des Latissimus dorsi zum Ersatz der unteren Hälfte; eines dem gesunden Trapezius entnommenen Muskellappens für die obere Partie; und eines Lappens für die mittlere Partie. Immer entsprach möglichst die Faserrichtung des gesunden Muskels der des gelähmten. Resultat funktionell sehr gut. Prompte elektrische Reaktion der transplantierten Muskelpartien. Vor allem charakteristisch, dass jetzt Erheben der Clavicula und der Schulter aktiv möglich ist.

2. Fall von völliger Serratuslähmung (Flügelstellung der Skapula, Unmöglichkeit des Armhebens). Zu der Erkenntnis, dass die oberen Zacken des Serratus die Skapula fixieren, die unteren dieselbe drehen sollen, trennte K. den Ursprung des Trapezius und Rhomboideus major (3—10 Brustwirbel) ab und verlegte ihn möglichst nach aussen auf die 7.—9. Rippe. Ferner wurde der Ansatz des Pectoralis major vom Oberarm abpräpariert und auf die Skapula



verpflanzt. Der Erfolg war ein guter. Das Schulterblatt kann aktiv festgestellt, und der untere Winkel lateralwärts geführt werden.

In der Diskusion zu diesem in der Berliner med. Gesellschaft am 27. X. 09. gehaltenen Vortrag bemerkt Toby Cohn, dass der 1. Fall ein Beweis dafür ist, dass manchmal der Trapezius allein vom accessorius versorgt wird, während meistens noch Cervicalnerven an der Versorgung teilnehmen.

Schuster hat einen ähnlichen Fall wie K. bei einem 7 jähr. Mädchen, auch nach Drüsenoperation, beobachtet. Bemerkenswert war hier, dass die Lähmung sich erst im Laufe eines Jahres nach der Operation langsam ausbildete (Narbeneinschnürung?). — Der von K. operierte Pat. konnte $^{1}/_{4}$ Jahr nach der Operation den Arm nur bis zur Horizontalen, nach 4 Monaten schon bis zur Senkrechten heben.

Remak hält es gegenüber Cohn doch für wahrscheinlich, dass auch Cervicaläste im K.schen Fall zum Trapezius gegangen und bei der Drüsenoperation mit durchschnitten seien. Ueberraschend ist ihm das Anpassungsvermögen des linken (überpflanzten) Trapeziuslappens und seines zugehörigen Nerven: Pat. vermag die rechte Schulter jetzt allein zu heben, während die linke ruhig bleibt. Er fragt, ob Pat. vielleicht zunächst beide Schultern gehoben habe. Katzenstein verneint dies. **Ewald**-Hamburg.

44) **Arthur J. Gilette** (St. Paul, Minn.) A simple dressing for the treatment of tuberculous disease of the shoulder-joint. (Amer. jour. of. orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Seit 5 Jahren macht G. bei der Schultergelenkstuberkulose als einzigen Verband die Spica humeri, die dieselbe Fixation wie Gipsverband und Lederhülse gewährleistet und dem Pat. angenehmer ist, ja die sogar die Fortsetzung der Arbeit erlaubt. Die Spica wird in Abduktion des Armes angelegt; unter die Achselhöhle kommt ein grosser Wattebausch. **Ewald**-Hamburg.

45) **Lozano.** Fractura del cóndilo interno del húmero. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. 1909. Nr. 1074.)

Im Anschluss an die Mitteilung eines Falles von Fraktur des Condylus internus des Humerus bei einem 19 jährigen Mann bespricht L. die Aetiologie und die Symptomatologie dieser Verletzung, welche von einigen Autoren als alleinvorkommend geleugnet wird. Die Ursache ist fast stets ein Stoss oder ein Fall auf das Olecranon bei gebeugtem Ellenbogengelenk. Die Symptome sind Schwellung der inneren



Gelenkseite und Verfärbung der inbetracht kommenden Hautpartie. Nach Kocher besteht auch immer eine anormale Abduktionsfähigkeit des Unterarmes. L. hat dieses letztere Symptom bei seinem Kranken aber nicht beobachtet. Die Diagnose wurde durch das Röntgenbild bestätigt. Die Behandlung bestand in dreiwöchentlichem Gipsverband mit anschliessender Gymnastik und Massage. **Stein**-Wiesbaden.

46) **J. A. Schwarz.** Ueber pathologischen Cubitus valgus. (D. Zeitschr. f. Ch. 102. Bd. 1—3. H. p. 178.)

Eine pathologische Steigerung des physiologischen Cubitus valgus fand Verf. in mehreren Fällen von geringen Traumen, wenn schon vorher ein etwas höherer Grad von Cubitus valgus vorhanden war. Die Ursache sieht er in einer geringeren Festigkeit des medialen Kapselteiles, wodurch die auf der lateralen Seite gruppierten Beuger das Uebergewicht bekämen. Die Beschwerden, die in den vom Verf. zitierten Fällen durch den Cubitus valgus bedingt waren, waren nicht sehr hochgradig, und ist auch eine besondere Therapie derselben nicht angeführt. **Balsch**-Heidelberg.

47) **Barella.** Lujación cúbito-radial superior, postero-externa con fractura epicondilea; resección, curación. (Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. 1909 Nr. 1073.)

Mitteilung eines Falles von schwerer Ellenbogengelenksverletzung bei einem 9 jährigen Knaben. Es handelte sich um Fraktur des lateralen Epikondylus des Humerus, mit gleichzeitiger Luxation des Unterarmes. Dadurch, dass bereits am 6. Tage mit Massage und Bewegungen angefangen wurde, wurde eine Wiederherstellung der Funktion des Gelenkes erreicht. **Stein**-Wiesbaden.

48) **O. E. Schulz.** Ueber das Os naviculare bipartitum-manus. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 1.—3. H. p. 141.)

W. Gruber hat auf Grund anatomischer Untersuchungen den Begriff des os naviculare bipartitum aufgestellt. D. h. es finden sich 2 mit einander artikulierende ossa navicul. K. Wolff war dieser Ansicht entgegengetreten und erklärte derartige Befunde als posttraumatisch, als alte Frakturen des os naviculare. Die als überknorpelte Gelenkflächen der beiden Teile gedeuteten Befunde erklärte er als Schliffflächen. Verf. konnte zufällig röntgenographisch bei einem Manne (Arzte) ohne je vorausgegangenes Trauma an beiden Händen ein os naviculare bipartitum feststellen mit einer deutlichen Artikulationsfläche und arthritischen Veränderungen



an derselben. Darnach kommt Verf. zu dem Schluss, dass eine kongenitale Bipartition des Naviculare nicht bezweifelt werden kann.

Balsch-Heidelberg.

49) **W. Mitchell.** Striation of metacarpals and phalanges in a case of general tuberculosis. (Archives of the Roentgen ray. 1909. Nr. 113.)

Die Streifung der Fingerknochenschatten, die M. als grosse Merkwürdigkeit beschreibt, und die sich im Anschluss an eine (tuberkulöse? Ref.) Handgelenksentzündung entwickelt hatte, dürfte eine einfache Sudecksche Atrophie sein. (Ref.) M. vermutete Syringomyelie, was aber durch die Autopsie nicht bestätigt wurde.

Ewald-Hamburg.

50) **K. Heuschen.** Die pathologische (spontane) Luxatio centralis femoris. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 65. Bd. 3. H. p. 599.)

Ausser der traumatischen zentralen Hüftluxation, die Verf. früher bearbeitet hat, gibt es eine pathologische. Der Femurkopf luxiert durch den pathologisch zerstörten Pfannengrund in das kleine Becken hinein. Die Erkrankungsformen, bei denen dieses seltene Krankheitsbild beobachtet wurde, sind die Osteomyelitis, die Tuberkulose, Neoplasmen und der Echinococcus des Hüftgebietes. Die Seltenheit des Krankheitsbildes bei dem doch häufigen Vorkommen der beiden ersten Erkrankungsformen erklärt sich daraus, dass bei der Osteomyelitis der Prozess häufig ein zu rapid letal verlaufender ist, dass der Femurkopf gleichzeitig mit zerstört wird, oder bei langsamerem Verlauf sich auf der Beckeninnenseite wieder neuer Knochen anlagert, das Bindegewebe etc. entzündlich verdickt ist etc. Bei der Tuberkulose kommt neben den eben angeführten Gründen noch die typische Stellung des 2. Stadiums, Flexion, Adduktion, Innenrotation hinzu, durch die das Druckmaximum nicht auf den Pfannengrund kommt.

Balsch-Heidelberg.

51) **Michael Hoke** (Atlanta, Sa.). Toxic arthritis of the hip joint in Children. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

H. glaubt, dass bestimmte Hüftgelenksentzündungen bei Kindern durch Autointoxikation (Eiweissfäulnis im Darm) zustande kommen. Er führt als Beispiele 4 Fälle an, in denen Kinder an Darmstörungen zu leiden hatten und im Anschluss daran Schmerzen sowie alle Erscheinungen der Coxitis bekamen. Sobald die Diät geregelt war (Verbot von Fleisch und Süssigkeiten, dafür Milch-Mehldiät) und auf geordneten Stuhlgang peinlich geachtet wurde,



hörten die Beschwerden in kurzer Zeit auf. Die Röntgenbilder zeigen, dass es sich um Arthritis deformans- ähnliche Vorgänge handeln kann, vorausgesetzt, dass die Erkrankung lange genug gedauert hat. Auch von der tuberkulösen Coxitis kann die Krankheit im Röntgenbild nicht unterschieden werden.

Ein operierter Fall, wo es infolge der Arthritis zur Coxa vara gekommen war, zeigte verdickte Kapsel, vermehrte Synovia (kein Eiter oder Käse) und Weichheit des Epiphysenknorpels. Kultur- und Meerschweinchenversuche ergaben keine Tuberkelbazillen. Vier Wochen nach der Operation auch schmerzfreier Gang.

H. glaubt, dass diese toxischen Arthritiden sehr häufig mit der tuberkulösen Coxitis zusammengeworfen werden, weshalb die Statistik ungenaue oder falsche Resultate gibt, und namentlich die Berichte über kurz dauernde und mit idealem Erfolge vorgenommenen Behandlungen bei tuberkulöser Coxitis auf falschen Voraussetzungen beruhen.

Ewald-Hamburg.

52) **H. Weber** (München). Ueber die Behandlung der Kontrakturen tuberkulöser Hüftgelenke. **(Arch. f. Orth. Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)**

Während Lorenz bei der Coxitis das vorteilhafteste Endresultat in einer Ankylose sieht, hält Lange einen möglichst grossen Grad der Beweglichkeit bei völligem Erloschensein der Entzündung für erstrebenswert. Die Erfahrungen, die die Lange'sche Klinik mit teilweise beweglichen Gelenken bezgl. späterer Beuge- und Adduktionskontraktur gemacht hat, sind keineswegs trübe, und andrerseits schützen auch fibröse Ankylosen nicht vor späteren Stellungsverschlechterungen. Gegen die Kontrakturen gibt es ja auch Apparate und Uebungen. Natürlich betreibt Lange keine mobilisierende Therapie, hält aber doch Ausheilung mit Beweglichkeit für einen Vorzug. Die Therapie besteht in immobilisierenden und entlastenden Verbänden, Punktion und Injektion der Abszesse. — Bericht über 47 Nachuntersuchungen, (39 Redressements, 8 Osteotomien, die erst nach versuchtem unblutigen Redressement oder bei offenbarer knöcherner Ankylose vorgenommen wird). 35mal blieben die Gelenke beweglich, darunter wurden 9 erst nach dem Redressement beweglich. Natürlich handelt es sich bei der Versteifung oft nur um aktive Weichteilspannung. Die Flexionsmöglichkeit schwankte in den einzelnen Fällen zwischen 20 und 90°.

Nur zweimal waren bei den 35 Kranken Rezidive zu verzeichnen.

Lange redressiert übrigens nicht bei florider Entzündung oder



bei bestehender Eiterung, macht jedoch andererseits das Redressement häufig schon im 3., 4. u. 6. Monat der Erkrankung.

Bei den 8 Osteotomierten rezidivierte zweimal die Kontraktur.

Der Schluss ist, dass das forcierte Redressement ein ungefährlicher Eingriff ist, dessen Erfolge sehr zufriedenstellende sind.

Ewald-Hamburg.

53) **Lengfellner** und **Frohse** (Berlin). Neue Methode zur Eröffnung des Hüftgelenks. (Mediz. Klin. 1909. 45.)

1. Schnitt in der Längsrichtung über dem Trochanter major; Freilegung desselben. Nach Abmeisseln oder Durchsägen der Spitze, die dann mit der daransitzenden Muskulatur herumgeschlagen wird, liegt die Kapsel völlig frei. Die Luxation des Femurkopfes gelingt dann leicht, nachher Naht der abgesägten Trochanterspitze mit Seide.

2. Freilegung des äusseren und vorderen Teiles des Hüftgelenks: Schnitt von der Spina ant. sup. zum Trochanter hin, dem vorderen Rande des tensor fasciae lata folgend. Besonders deutlich kommt dabei das Lig. ileofemorale zu Gesicht. Quere Durchtrennung der Hüftgelenkskapsel.

3. Freilegung der Innenseite des Hüftgelenks lässt sich nicht kurz beschreiben und scheint dem Ref. keine Vorteile zu bieten.

Ewald-Hamburg.

54) **Vulpius** (Heidelberg). Die moderne Behandlung der angeborenen Hüftluxation. (Med. Klin. 1909. Nr 48.)

Vortrag, namentlich für den praktischen Arzt bestimmt. Nacheinander werden besprochen: die Notwendigkeit der Einrenkung, der Beginn der Behandlung (Mitte des 2. Lebensjahres und vorher), der behandelnde Arzt (Orthopäde), die Behandlung selbst: bei drohender Luxation Bandagierung in Abduktion, Massage. Die blutige Reposition ist wegen der Lebensgefährlichkeit, Gefahr der Versteifung, Ausbildung von Kontrakturen und arthritischen Erscheinungen zu verwerfen, auch wenn sie erst nach misslungener unblutiger Reposition angewandt wird. Schilderung der in seiner Klinik angewandten Repositionsmethode und der Retention mit Gipsverbänden in etwa rechtwinkliger Abduktion bei gestrecktem Unterschenkel, nach 2 Monaten Wechsel und Stellungsänderung; nach 4—6 Monaten nach Beginn der Behandlung Massage, vorsichtige Bewegungen, Lederhülse während der Nacht. Bei einseitiger Luxation soll das gesundseitige Bein erhöht werden. — Besprechung der Schwierigkeiten und üblen Zufälle bei Reposition, Retention und Nachbehandlung. Resultat: in 60—70% bei einseitiger, 40—50% bei doppelseitiger Luxation idealer Erfolg.

Ewald-Hamburg.



55) **Léon Cardenal.** Higroma crónico de la rodilla. (Rev. clin. de Madrid 1909, Band 2. Nr. 14.)

Mitteilung eines Falles von einer kolossal ausgedehnten chronischen Bursitis des praepatellaren Schleimbeutels bei einer 50 jährigen Frau. Die Geschwulst hatte sich im Verlaufe von 18 Jahren zu der jetzigen Grösse entwickelt. Sie hatte die Grösse eines Kinderkopfes und besass einen Umfang von 41 cm. bei einem Durchmesser von ca. 13 cm. Die Bewegungen des Gelenkes selbst waren frei. Der Inhalt der Geschwulst war eine dicke Flüssigkeit von schokoladenbrauner Farbe. Der Heilungsverlauf nach der Operation war ungestört.

Stein-Wiesbaden.

56) **O. v. Frisch** (Wien). Ueber atypische Zerreissung des Kniestreck-Apparates. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Ein 15 jähriger Junge erlitt beim Bockspringen eine völlige Abreissung des lig. patellae vom Apex der Patella, von dem noch ein Knochenstückchen mitgerissen wurde. Die Naht führte zu einem guten Resultat.

Ewald-Hamburg.

57) **Celesia.** Anastomosis arterio-venosa latero-lateral en un caso de gangrena del pié. (Rev. de la Soc. méd. Argentina. Bd. XVII. Nr. 97.)

52 jährige Kranke mit Gangrän des linken Fusses. Die grosse Zehe war bereits früher wegen Gangrän amputiert worden. Zur Zeit waren gangränöse Stellen an den übrigen Zehen vorhanden, und es bestand auch ein Geschwür am Fussgelenk. Die Schmerzen waren ungeheuer heftig, das ganze Bein war unbeweglich und kalt. C. machte eine laterale Anastomose von $2^1/_2$ cm. Länge zwischen der Arteria und Vena femoralis im Scarpaschen Dreieck. Der Erfolg war alsbald ein sehr guter. Bereits am gleichen Tage hörten die Schmerzen auf, die Extremität bekam wieder Wärme, die Operationswunde heilte schnell. Nach 5 Tagen konnte die Kranke selbständig das Bein bewegen. Nach 3 Wochen war äusserlich kein Unterschied mehr zwischen der Färbung der linken und rechten unteren Extremität. Die vorher nekrotisch belegten Geschwüre waren sauber. Die Kranke starb plötzlich 4 Wochen nach der Operation an einer Embolie. Die Lokalautopsie der Operationsstelle ergab, dass die Vene unterhalb der Anastomose ganz frei war, und an Volumen zugenommen hatte. Die Arterie war mit Thromben unterhalb der Operationsstelle bis in die Kniekehle hin erfüllt. Der Fall zeigt, dass die hier vorgenommene Operation in den Fällen von Gangrän der Zehen oder des Fusses unter Umständen recht guten Erfolg verspricht, und jedenfalls empfohlen

werden kann, wenn es sich zunächst nur um die Beseitigung der heftigen Schmerzen handelt und die Amputation aus sonstigen Gründen kontraindiziert ist. **Stein**-Wiesbaden.

Kongress- und Vereinsberichte.

58) **Channing C. Simmons** (Boston). Amerikanische Orthopädenversammlung. 16. VI. 1909. (Revue de chir. 1909, Nr. 12.)

3 Fälle von Cysten der langen Knochen (5, 6 und 28jähr. Patienten), bemerkt nach Fraktur des Oberarms und der Oberschenkel. Da die Fraktur nicht heilte, wurde die Cyste operativ eröffnet und ausgekratzt. Neben blutig gefärbter Flüssigkeit fanden sich Granulationen und Knochentrabekel, kein Knorpel. Immer Heilung ohne Rezidiv. **Ewald**-Hamburg.

59) **Eckstein.** K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, 7. I. 1910. (Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 4.)

6jähr. Knabe mit sogenannter fötaler Amputation. Vom rechten Bein ist nur ein Femurstummel vorhanden. Das linke Femur ist auffallend kurz, die Fibula fehlt, die Tibia ist im unteren Drittel abgeknickt. Zehen sind gut. Die Erklärungsversuche inkl. Amniontheorie hält E. für unzureichend. **Ewald**-Hamburg.

60) **Howard Lilienthal.** Chirurg. Gesellsch. in New-York. (12. V. 09.) (Revue de chir. 1909. Nr. 12.)

Ein 12jährig. Junge bekam nach einem Vorderarmbruch (Verband!) eine Volkmannsche ischämische Kontraktur. 4 Monate nach dem Unfall nahm L. eine Kontinuitätsresektion beider Vorderarmknochen vor, die zunächst völlige Dorsalflexion der Hand erlaubte. Doch stellte sich allmählich die Kontraktur wieder her, weshalb jetzt Massage und Uebungen angewandt werden, worauf sehr befriedigendes Resultat.

Taylor hat ebenfalls Rezidive nach Knochenverkürzungen und Sehnenverlängerungen beobachtet. Das Vorgehen von Jones (allmähliche Korrektur der Kontraktur, Mobilisation, Massage und Schienenwicklung) oder von Martin (elastischer Zug) führt zu guten Dauererfolgen. Natürlich muss man operativ eingreifen, wenn die Nerven in Narbengewebe eingebettet sind. **Ewald**-Hamburg.

61) **Lindemann.** Aerztl. Verein zu Essen (Ruhr) 9. XI. 09. (Berlin. klin. Woch. 1910. Nr. 4.)

2 Fälle von Gelenkkörper nach Trauma, beide Male operativ entfernt. Funktion 3 und 5 Wochen nach der Operation gut. Einmal Abriss des medialen Meniskus, im Röntgenbild nichts zu sehen. Einmal im Röntgenbild als kleiner der Tibiafläche aufsitzender Schatten. **Ewald**-Hamburg.

62) **Schlesinger** zur Ges. für innere Med. und Kinderheilkunde zu Wien, 9. XII. 1909. (Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 1.)

38jähr. Frau mit fieberhafter Spätlues der Gelenke. Vor 2 Jahren fieberhafte akute Gelenkschwellungen, die jeder Therapie trotzten. Nachdem die Wassermann'sche Reaktion Lues ergeben hatte, wurde eine antiluetische Kur mit glänzendem Erfolge durchgeführt. Röntgenuntersuchung ergab eine Ostitis luetica. **Ewald**-Hamburg.



63) Discussion on modern methods in the treatment of tuberculous. Disease of joints. (Brit. med. journ. 2. Okt. 09.)

Macewen (Glasgow) erörtert die Frage, ob es zweckmässiger sei, die Gelenke steif ausheilen zu lassen, oder die erkrankten Partien zu exzidieren. Wenn man durch die Operation nur eine Ankylose zu erreichen sucht, so rät er dieses Resultat auf konservativem Wege zu gewinnen. Die Gelenktuberk. beginnt bei Kindern meist in der Epiphysenlinie und bricht erst später ins Gelenk ein, in solchen Fällen muss man durch Ruhigstellen etc. ein Weitergreifen auf die Knorpel und Synovialis zu verhindern suchen. Wenn man aber operiert, bevor die Synovialis erkrankt ist, dann von einer Stelle, wo man leicht an die Epiphysenlinie gelangen kann; oder die Synovialis an einer Stelle öffnen, wo die Narbe keine Bewegungsstörung gibt. Bei der konservativen Behandlung der zeitigen Epiphysentbk. ist im 1. Stadium die aktive Phagozytose und vermehrte Leukozytose durch Jodoforminjektion anzuregen, bei Beteiligung der Weichteile, sind auch diese mit zu injizieren, sonst Ruhe! Im 2. Stadium (konfluierende und verkäsende Tbt.) ebenfalls Jodoforminjektionen oder, nachdem man operativ zu dem Epiphysenherd Zugang geschaffen hat, Auswaschen der Höhle mit Jodoformborax 1 : 4. Ruhigstellung des Gelenks ohne Druck, aber Massage der darunter und darüber liegenden Teile. Biersche Stauung allein genügt nicht, unterstützt aber die Behandlung. Im 3. Stadium (kontraktive Ankylose) warnt er vor forzierten Redressements. Bei Exzisionen ist auf totale Entfernung alles Erkrankten genau zu achten, bei möglichster Erhaltung der Länge und Funktion des Gliedes.

Robert Jones (Liverpool) ist bei kindlicher Tbk. vollständig konservativ geworden, beim Erwachsenen operiert er selten. Er stellt den Satz auf betr. zeitiger Erkenntnis der Diagnose: freibewegliche Gelenke sind nicht erkrankt. Das erste Symptom eines erkrankten Gelenks ist Rigidität, der Schmerz ist zu unbeständig, um massgebend zu sein. Die Frage, ob ein Gelenk ausgeheilt, entscheidet: entweder die freie Beweglichkeit oder die vollkommene Steifheit. Ist der Winkel eines als steif aus der Behandlung entlassenen Gelenks nach kurzer Zeit verändert, ohne dass der Patient imstande ist, das Gelenk vom Ausgangspunkte bis zum jetzigen Stand frei zu bewegen, dann ist der Krankheitsprozess noch nicht ausgeheilt. Bei der Behandlung von kindlicher Tbc. ist Ruhe und Fixation möglichst bei ständig freier Luft die Hauptsache, Traktion oder Extension müssen als eine der absoluten Ruhe untergeordnete Methode bezeichnet werden. Der Ausgang in Ankylose ist so gewöhnlich, dass wir bestrebt sein müssen, von vornherein das Gelenk in bester Stellung ausheilen zu lassen. Abszesse soll man, wenn möglich, an die Oberfläche kommen lassen, dann von einer kleinen Oeffnung mit dem Löffel auskratzen oder ausspülen. Deformierte Kniegelenke werden ganz allmählich durch Schienen, die immer ca. 10° mehr gestreckt sind als das Gelenk, zu guter Stellung gebracht. Tuberkulin unterstützt die Behandlung, vor passiver Hyperämie wird gewarnt, ebenso vor alleiniger Anwendung von Marmorekserum.

Sonnenburg (Berlin) operiert jetzt viel seltener, wie früher. Bei Fällen mit Fisteln hatte er gute Erfolge mit Marmorekserum. Er berichtet über 20, mit Neu-Tuberkulin (Koch) behandelte Fälle, die Zeit ist noch zu kurz, um ein Endergebnis festzustellen. Die Technik war folgende: nach positivem Pirquet wird die Behandlung mit 0,001 begonnen, allmählich steigend auf 0,02 mg. bis keine Reaktion mehr eintritt, dann alle 4 Wochen durch Pirquet kontrolliert.



Tubby (London). Die paraartikuläre Tbc. bricht, wenn auch an verschiedenen Gelenken, verschieden häufig und zu verschiedener Zeit, auch noch von Herden jenseits der Epiphysenlinie, mehr oder minder in allen Fällen ins Gelenk durch, wenn sie nicht zeitig genug erkannt und behandelt wird. Als Hauptsymptom gilt ihm ein typischer von Gelenkschmerz verschiedener Schmerz, der besonders stark nach Ermüdung auftritt. Die Muskelatrophie ist häufig schon vor der Bewegungsbeschränkung vorhanden. Er rät zu absoluter Ruhe und Immobilisierung bei leichten Fällen, sonst zu operativen Massnahmen, nach Eröffnung des Herdes: auswaschen mit Kamphernaphtol oder 10% Chlorzink.

Renton (Glasgow) empfiehlt zur Feststellung der Diagnose Calmettes Tuberculin-Augenprobe, die selten im Stich lässt. Die Hauptlinien der Behandlung seien: Biersche Stauung, alle 14 Tage Wrightsche Tuberkulininjektion, hygienische Massnahmen, Extension, bei Coxitis Thomas splint., zeitig erkannte Fälle heilen ohne Operation. Schwankt man bei paraartikulären Tbc. zwischen Operation und konservativen Massnahmen, so beobachtet man die Fälle, kontrolliert von Zeit zu Zeit durch X-Strahlen; wird der Herd nicht kleiner, dann soll er exzidiert und die Höhle mit Jodoform, Glycerin oder Mosetig-Wachs ausgefüllt werden. Ist das Gelenk schon affiziert, dann rät er zu Extension, will man operieren, so soll man beim Schulter- Hüft- und Ellenbogengelenk exkochleieren, beim Kniegelenk resezieren.

Cousins (Portsmouth) rät bei progredienter Tbc. das Gelenk sofort zu eröffnen, bei zeitig erkannter Synovialtbc. Jodoform zu injizieren. Selbst wenn Stillstand der Symptome eingetreten ist, warnt er dringend vor Redressements. Wenn man sich zur Operation entschliesst, so soll es möglichst zeitig geschehen, denn partielle Arthrektomien heilen oft ohne wesentliche Verkürzung die Deformität aus.

Maynard Smith (London) spricht über die Resultate der Tuberkulininjektionen und den Nutzen des opsonischen Index. Er ist ein Verteidiger der konservativen Behandlung.

Rushton Parker (Liverpool) rät bei Coxitis immer die Behandlung mit der Thomasschen Schiene anzufangen, mit der man fast stets ein in guter Stellung ausgeheiltes Gelenk erzielt.

Catchart (Edinburg). Die Tuberkulose ist eine Krankheit, die meist ohne Operation ausheilt, es sind daher erst alle konservativen Massnahmen zu versuchen, ehe man zur Operation schreitet. Nur bei raschem Fortschreiten der Erkrankung rät er zur Operation, die von dem Alter, der Konstitution des Patienten, von der Lokalisierung und Ausdehnung der Erkrankung und dem Zustande des Gelenks abhängig zu machen ist. **Mosenthal**-Berlin.

64) **I. Warren Sever** (Boston). Amerikanische Orthopädenversammlung. 16. VI. 09. (Revue de chir. 1909. Nr. 12.)

11. Fälle von Spina bifida, radiographisch sicher gestellt. Fast immer waren daneben die Wirbelkörper deformiert, abgeplattet oder keilförmig, so dass klinisch ein kurzer Hals, Kyphosen und Skoliosen zu konstatieren waren. Mehrmals Lähmungen, angeborene Hüftluxationen, Hypertrichosis über der Spina bifida. **Ewald**-Hamburg.

65) **Steuernthal.** Aerztl. Verein zu Essen (Ruhr). 2. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 4.)

3 jähr. Junge mit orthotischer und alimentärer Albuminurie. Im Liegen und bei eiweissfreier Diät Verschwinden des Albumens. Nicht das



Aufrechtstehen, sondern die physiologische Lordose ist Schuld an der Albuminurie (Jehle). Bei Herstellung einer Lendenlordose im Liegen ist auch Albuminurie zu beobachten. Demnach wurde das Kind durch Bänder, die vom Leib zu den Knieen gingen, gezwungen in gebeugter Haltung zu gehen und wurde dadurch eiweissfrei. **Ewald**-Hamburg.

66) **Gwilym G. Davis** (Philadelphia). A sling for head extension. (Amer. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

Die Kopfschlinge besteht aus dem Kinnteil, an den unterhalb der Ohren zwei genügend lange Streifen genäht sind, die kreuzweise über den Hinterkopf laufen und mit Sicherheitsnadeln oberhalb der Ohren an der Verlängerung des Kinnteils befestigt werden. **Ewald**-Hamburg.

67) **Plate.** Ärztlicher Verein in Hamburg, 1. III. 1910.

26jähr. Mädchen, 3mal geboren, jetzt im 8. Monat der Gravidität, seit 3 Jahren syphilitisch. Plötzlich unter Fieber Schmerzen in der rechten Schulter, nach 4 Wochen Deltoideus atrophisch und Subluxation des Humerus (Röntgenbild). Starke Atrophie des Humeruskopfes. Massage und Heissluft ohne Erfolg, nach dem Partus Gonokokken gefunden. Heilung nach Radiogenbehandlung, Beseitigung der Deltoideusatrophie durch Galvanisation. Die grosse Intensität der Schultergelenksentzündung dürfte mit der Gravidität in Zusammenhang zu bringen sein. **Ewald**-Hamburg.

68) **Hirsch.** K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien 7. 1. 10. (Berlin. klin. Woch. 1910. Nr. 4.)

Fall von konservativ behandelter Kahnbeinfraktur der Hand. Die Beschwerden (Druckschmerz, Einschränkung der Dorsalflexion und radialen Abduktion, Muskelatrophie) bestehen fort. Das einzig richtige ist die Exstirpation des Kahnbeins in jedem Falle. **Ewald**-Hamburg.

69) **Guradze**, Verein der Arzte Wiesbadens, 15. XII. 09. (Berl. klin. Woch. 1910 Nr. 4.)

Demonstration eines 1½jähr. Knaben, dessen linkes Bein um 16 cm verkürzt ist (Oberschenkel um 11 cm) und nur bis zum r. Knie herunterreicht. Fuss in starker Plattfussstellung. Röntgenbild: vom Femur nur der Kopf und die distale Epiphyse vorhanden, Patella und Fibula fehlen. Gang auf linkem Fuss und rechtem Kniegelenk. — Ferner zeigt G. 1 Fall von totalem Fibuladefekt (starke Plattfussstellung, beiderseits nur 4 Zehen, rechte Hand nur 3 Finger, Syndaktylien), weiterhin einen Fall von partiellem Fibuladefekt (oberes Ende fehlt, 4 Zehen, Syndaktylie). Ätiologie: am wahrscheinlichsten Amnionerkrankung. Therapie: Für den ersten Fall Prothese, für die beiden anderen Redression, Gipsverband, später Apparate. **Ewald**-Hamburg

70) **Heller**. Mediz. Verein in Greifswald 25. VI. 09. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 2.)

Die Operation der Coxa vara führt H. in der Weise aus, dass er zwischen Trochanter major und minor einen Keil heraus meisselt, dessen Grösse er nach der Grösse des Schenkelhalswinkels (Röntgenbild!) berechnet.

Ewald-Hamburg.

71) **Körber.** Ärztlicher Verein in Hamburg, 1. III. 1910.

Demonstration eines Präparats und vieler Röntgenbilder von Gelenkknorpelabsprengungen aus der Femurgelenkfläche. Meist kann man den Defekt im Röntgenbild sehr gut erkennen. Zu der Annahme einer Osteochondritis



dissecans (König sen.) als Ursache der Entstehung der Corpora libera kann K. sich nicht entschliessen, sondern glaubt an eine traumatische Entstehung.

Ewald-Hamburg.

72) **Broca.** Société de chirurgie de Paris, 17. XI. 1909. (Revue de chir. 1910. Nr. 1.)

Bei der typischen Malleolarfraktur der Kinder kommt es häufig, anstatt zu einem Abriss des Malleolus int. zu einer Lösung der unteren Tibiaepiphyse.

Auch Kirmisson hat diese Verletzung 6—8 mal beobachtet.

Ewald-Hamburg.

73) **Ewald.** Ärztlicher Verein in Hamburg, (biol. Abt.), 22. II. 1910.

Demonstration eines Plattfussskelettes und vieler Röntgenbilder leichter und schwerer Plattfüsse. Die verschiedenen Verdrehungen und Verschiebungen des Calcaneus gegen den Talus lassen sich gut erkennen, ebenso die Pronation des Naviculare, das durch Vermittlung des starken lig. calcaneo-naviculare („Pfannenband") jeder Bewegung des Calcaneus folgt. Ausserdem zeigen die Bilder als Ausdruck einer lange bestehenden Arthritis deformans Osteophyten am Taluskopf und Naviculare, die nicht — wie das geschehen ist — für Talus- oder Navikularfrakturen, für Tuberkulose oder für Zeichen einer tabischen Arthropathie gehalten werden dürfen. — Eine Untersuchung von über 600 Kindern von 7—15 (meist 13) Jahren ergab, dass ca. $^2/_3$ sämtlicher Kinder einen Knickfuss, über $^1/_3$ einen Plattfuss haben. Der Plattfuss kann also nicht erst in der Adolescenz entstehen, sondern beginnt da blos schmerzhaft zu werden. Ferner konnte an den Kinderplattfüssen weder eine Knochenverbildung (infolge Weichheit) noch eine Muskelschwäche festgestellt werden, so dass also auch diese Theorien nicht aufrecht zu halten sind. Ob sämtliche Kinderplattfüsse beim Erwachsenen bestehen bleiben, müssten statistische Untersuchungen von Militärärzten ergeben. Zweckmässigeres Schuhwerk ist unbedingt auch schon für die Ein- und Zweijährigen zu fordern.

Deutschländer glaubt, dass Navikularfrakturen doch häufiger und auch schon bei geringen Traumen auftreten. Auch die Arthritis deformans bei Jugendlichen muss in der Regel auf ein Trauma bezogen werden. Und schliesslich treten bei den Navikularfrakturen erhebliche Muskelatrophien am Unterschenkel auf.

König nimmt aus den Formveränderungen der Fusswurzelknochen beim Plattfuss doch eine abnorme Knochenweichheit an. Er glaubt an eine Rückbildung des kindlichen Plattfusses, da man beim Erwachsenen nicht dieselbe Menge von Plattfüssen beobachte. Er hat ferner Bedenken, ob durch Schuhwerk mit Hacken und Stütze am inneren Fussrand nicht die Muskelerstarkung gehemmt wird.

Ewald fordert für die Diagnose Navikularfraktur unbedingt ein wirkliches Trauma und ein einwandfreies Röntgenbild, eventuell Vergleich mit der gesunden Seite. Arthritis deformans wird auch bei Jugendlichen schon beobachtet, ebenso erhebliche Muskelatrophien bei Plattfüssen. Die Knochendeformitäten seien auch aus den Proliferationsvorgängen der Arthritis deformans zu erklären. Die Frage, ob die Plattfüsse sich zurückbilden können, kann durch klinische Beobachtung nicht entschieden werden. Bezgl. der Stiefel sind bei Kindern doch mindestens dieselben Forderungen zu stellen wie bei Erwachsenen.

Ewald-Hamburg.

Druckfehlerberichtigung. In dem Referat über „Bernard, Traitement de l'ostéomalacie" in Heft 5 S. 227 muss es heissen: 1‰ Adrenalinlösung.

Inhalt: Bücherbesprechungen: **Krause,** Skelett der oberen und unteren Extremität. — **Sultan,** Grundriss und Atlas der speziellen Chirurgie. — **Herbst,** Atlas und Grundriss der zahnärztlichen Orthopädie. — **Brorström,** Akute Kinderlähmung und Influenza. — **Biesalski,** Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland. — **Rosenthal,** Die Massage und ihre wissenschaftliche Begründung. — **Norström,** Chronische rheumatische Muskelentzündung und ihre Behandlung durch Massage. — **Norström,** Der chronische Kopfschmerz und seine Behandlung durch Massage. — **Wohlauer, Technik** und Anwendungsgebiet der Röntgenuntersuchung. — **Riesow,** Ueber eine durch amniotische Verwachsungen hervorgerufene Missbildung.

Referate: 1) **Goyanes,** Angeborene Missbildungen. — 2) **Arquellada,** Angeborene Syndaktylie. — 3) **Kannengiesser,** Händedesinfektion mit Alkohol. — 4) **Cassanovas,** Momburgsches Verfahren. — 5) **Ribera,** Erzeugung von Blutleere nach Momburg. — 6) **Solé,** Myositis ossificans. — 7) **Krause,** Ischämische Muskelkontrakturen. — 8) **Grober,** Spinale Kinderlähmung. — 9) **Beneke,** Poliomyelitis acuta. — 10) **Flexner und Lewis,** Poliomyelitis bei Affen. — 11) **Foerster,** Symptomatologie der Poliomyelitis. — 12) **Blanc,** Deformitäten bei spinaler Kinderlähmung. — 13) **Machol,** Behandlung der spinalen Kinderlähmung. — 14) **Thiem,** Invalidenbegutachtung. — 15) **Goyanes,** Operation nach Foerster. — 16) **Schanz,** Krampfanfälle nach orthopäd. Operationen. — 17) **Valle** und **Aldabalde,** Kindlicher Pseudotetanus. — 18) **Hergt,** Beschäftigungsneuritis. — 19) **Pfeiffer,** Gewächse im Knochensystem, durch Trauma entstanden. — 20) **Piperata,** Extremitätensarkome. — 21) **Nathan** und **Strang,** Gelenkerkrankungen. — 22) **Toyokichi Okada,** Infantile Formen der Arthritis deformans. — 23) **Zesas,** Osteoarthritis deformans coxae. — 24) **Ghillini,** Lösung der unteren Femur-Epiphyse. — 25) **Larraya,** Gonorrhoische Kniegelenksentzündung, durch galvan. Strom geheilt. — 26) **Gibney,** Arthrotomie bei Gelenktuberkulose. — 27) **Baer,** Implantation von präparierten Schweineblasen zur Gelenksmobilisierung. — 28) **Zur Verth,** Carbenzym bei tuberkulösen Affektionen. — 29) **Zander II,** Röntgendiagnose und Senkungsabszesse. — 30) **Ridlon** und **Blanchard,** Wismuthpaste bei tuberkulösen Abszessen. — 31) **Hirschberg,** Die Codivillasche Nagelextension bei Knochenbrüchen. — 32) **Rücker,** Streckverband nach Bardenheuer. — 33) **Becker,** Heissluftpendelapparate. — 34) **Krukenberg,** Aethernarkose bei Röntgenaufnahmen. — 35) **Malgangi,** X-Strahlen und Nervensystem. — 36) **Schmiz,** Fraktur des Querfortsatzes der Lendenwirbel. — 37) **Wollenberg,** Pottscher Buckel. — 38) **Neumann,** Operative Behandlung der Spondylitis tuberculosa. — 39) **Jibich,** Konkavtorsion bei Skoliosen. 40) **Giordano,** Radiographie eines Falles von Spondylitis rhizomelica. — 41) **Marcus,** Modifikationen am Hessingkorsett. — 42) **Luft,** Kongenitale Schultergelenksluxation. — 43) **Katzenstein,** Kombinierte Muskelplastik an den Extremitäten. — 44) **Gilette,** Einfacher Verband bei Schultergelenkstuberkulose. — 45) **Lozano,** Fraktur des Condylus externus. — 46) **Schwarz,** Pathologischer Cubitus valgus. — 47) **Barella,** Ellenbogengelenksverletzung. — 48) **Schulz,** Os naviculare bipartitum manus. — 49) **Mitchell,** Sudecksche Atrophie der Metacarpalia. — 50) **Henschen,** Pathologische zentrale Hüftluxation. 51) **Hoke,** Hüftgelenksentzündung bei Kindern durch Autointoxikation. — 52) **Weber,** Kontrakturen tuberkulöser Hüftgelenke. — 53) **Lengfellner,** und **Frohse,** Eröffnung des Hüftgelenks. — 54) **Vulpius,** Angeborene Hüftluxation. — 55) **Cardenal,** Chronische Bursitis des praepatellaren Schleimbeutels. — 56) **v. Frisch,** Zerreissung des Kniestreck-Apparats. — 57) **Celesia, Gangrän** des Fusses. —

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 58) **Simmons,** Cysten der langen Knochen. — 59) **Eckstein,** Fötale Amputation. — 60) **Lilienthal,** Volkmannsche ischämische Kontraktur. — 61) **Lindemann,** Gelenkkörper nach Trauma. — 62) **Schlesinger,** Spätlues der Gelenke. — 63) **Diskussion über neuere Methoden zur Behandlung der Gelenktuberkulose.** — 64) **Sever,** Spina bifida. — 65) **Steuernthal,** Orthotische und alimentäre Albuminurie. 66) **Davis,** Kopfschlinge. — 67) **Plate,** Schultergelenksentzündung. — 68) **Hirsch,** Kahnbeinfraktur. — 69) **Guradze,** Um 16 cm. verkürztes Bein; Fibuladefekt. — 70) **Heller,** Coxa vara. — 71) **Körber,** Gelenkknorpelabsprengungen. — 72) **Broca,** Malleolarfraktur. — 73) **Ewald,** Plattfuss.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von **Prof. Dr. O. Vulpius** in Heidelberg.

Verlag von **S. Karger in Berlin** NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. Juli 1910. Heft 7.

1) **Manhold** (Heidelberg). Hereditäre Polydaktylie. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.—4. H. S. 587.)

Sowohl der Vater wie eine Schwester dieses Kindes wiesen ganz ähnliche Missbildungen auf. Bei dem genauer beschriebenen Mädchen waren an beiden Händen 5 dreigliedrige Finger und kein Daumen vorhanden, an der rechten Hand war ein früher vorhandenes Daumenrudiment abgetragen worden. An beiden Füssen liessen sich ausser den normalen 5 Zehen linkerseits noch eine überzählige Grosszehe, rechterseits sogar eine verdoppelte überschüssige Grosszehe feststellen. Die zuviel vorhandenen Grosszehen wurden operativ entfernt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

2) **Bibergeil**-Berlin. Zur Kasuistik seltener angeborener Deformitäten. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.—4. H. S. 593.)

Beschreibung eines Falles von Tibiadefekt in Verbindung mit einer angeborenen Lumbalhernie und kongenitaler Skoliose infolge unvollkommener Bildung des 12ten Brustwirbels. Da sämtliche Missbildungen sich auf der gleichen Seite befinden, glaubt Verf. eine Störung der Knochenkernbildung infolge intrauterinen Drucks als Ursache annehmen zu können.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

3) **W. Truslow** (Brooklyn, N. Y.). The principles of muscle-balance as applied to orthopedic practice. (Americ. journ. of orthop. surg. 1909. Vol. VII. 2.)

Es wird genau studiert, 1. die Muskelbalance bei der Gelenkbewegung, 2. das fehlende Gleichgewicht bei orthopädischen Krankheiten, 3. die Gründe dafür, 4. die Behandlung. —

Die Eigentümlichkeit der menschlichen Haltung und Bewegung, die als bestimmenden Faktor ausser dem Muskelzug die Schwere der einzelnen Glieder wirken lässt, bedingt ein Ueberwiegen einzelner Muskelgruppen. So sind die Beuger stärker als die Strecker, die Innenrotatoren sind kräftiger als die Aussenrotatoren, die Wirbelsäulenstrecker überwiegen die Beuger. Jedenfalls sind aber die Muskeln bezügl. Kraft und Innervation immer so eingerichtet, dass sie ihren Antagonisten + einer eventuell wirkenden Schwere immer die Wage halten.

Das gestörte Gleichgewicht muss zu Deformitäten führen, und und zwar kann es 1. primär, rein mechanisch wirken oder 2. sekundär bei den eigentlichen Gelenkerkrankungen und dann eventuell den ätiologischen Faktor unterstützen.

Zur Gruppe I. gehört die funktionelle Skoliose, der acquirierte Torticollis, der funktionelle Platt- oder Knickfuss und die Lähmungsdeformitäten. Zur Gruppe II. die Gelenkentzündungen, gewisse kongenitale Missbildungen (Klumpfuss, numerische Variation der Wirbelsäule), rachitische Verkrümmungen.

Die Behandlung hätte bezgl. der 1. Gruppe in Wiederherstellung des Muskelgleichgewichts zu bestehen (Uebungen, Apparate, die das Belastungsmissverhältnis ausschalten). Eine Korrektion der Deformität muss vorhergehen. Die Behandlung muss solange dauern, bis die Knochen im Sinne des Wolffschen Gesetzes ihre normale Form, die Bänder ihre normale Festigkeit, die Muskeln ihren gehörigen Tonus wiedergewonnen haben. (Es wird leider nicht gesagt, wie diese theoretischen Forderungen sich erfüllen lassen. Ref.)

Auch für die 2. Gruppe kommt als wichtigstes Moment die Beseitigung der Deformität in Frage. **Ewald**-Hamburg.

4) **Andreae** (Eisenach). Zur Behandlung einiger chronischer Deformitäten. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 48. S. 2108.)

A. bespricht die am häufigsten vorkommenden Deformitäten und die von ihm geübte Behandlung. Bei der Hüftbeugekontraktur als Folge einer mehr oder weniger ausgeheilten Coxitis wendet Verf. die Osteotomia subtrochanterica zur Korrektur der Deformität an. Bei Coxa vara kommt in frischen Fällen antirachitische Behandlung, Bettruhe, Massage und Uebungen in Frage, bei alten Fällen kann nur die Osteotomie, die Verf. nach der von Bayer angegebenen Methode mit geringer Modifikation ausführt, eine Besserung schaffen. Erst kürzere Zeit bestehende O- und X- Beine können durch Allgemeinbehandlung der Rachitis eventuell unter Zuhülfenahme von



Schienen leicht zur Heilung gebracht werden. Bei längerem Bestehen ist die Korrektur nur durch Osteotomie, eventuell durch Eindrückung des Tibiakopfes nach Schanz möglich. Bei Kniekontrakturen, die fibröser Natur sind, lässt sich durch Redressement noch eine Streckung erzielen. Bei knöcherner Ankylose ist eine Osteotomie, vielfach oberhalb und unterhalb des Kniegelenks, oder eine Keilresektion notwendig. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

5) **Momburg** (Berlin). Einige Bemerkungen zur Technik der Blutleere der unteren Körperhälfte. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 48. S. 2107.)

M. macht darauf aufmerksam, dass der Schlauch, der um die Taille gelegt wird, möglichst fest angezogen werden muss, sodass jeder Uebertritt von Blut in die untere Körperhälfte unmöglich wird, da die Verminderung der Blutmenge im Oberkörper zu Kollaps Veranlassung geben kann. Teils aus diesem Grunde, teils auch um nicht die ganze untere Körperhälfte auf einmal wieder in die Zirkulation einschalten zu müssen, ist es notwendig, die unteren Extremitäten durch Anlegung einer Binde abzuschnüren. Der Schlauch um das Abdomen soll bei steiler Beckenhochlagerung angelegt werden, um die nach oben gleitenden Baucheingeweide möglichst vor dem Druck zu schützen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

6) **v. Kamptz.** Die Momburgsche Blutleere. (Diss. Leipzig. 1909)

K. hat die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle, bei denen die Momburgsche Blutleere angewandt wurde, zusammengestellt und kommt auf Grund seiner Studien zu der Ansicht, dass dieselbe einen hervorragenden Fortschritt bedeutet, da sie die Esmarchsche Blutleere, welche nur an den Gliedmassen anwendbar ist, auch auf die untere Rumpfhälfte ausdehnt, und da unter ihrem Schutze Eingriffe an lebenswichtigeren Organen vorgenommen werden können. Sollte dieselbe wirklich gewisse Gefahren mit sich bringen und sollte sie wirklich einmal Schaden anrichten, so wird dieser dem sonstigen grossen Nutzen gegenüber nur gering angeschlagen werden können. **Blencke**-Magdeburg.

7) **Vulpius** (Heidelberg). In welchen Heilanstalten wird die Behandlung von Unfallverletzten am zweckmässigsten durchgeführt? (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 38. S. 1651.)

V. plädiert dafür, dem Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaften das Urteil zu überlassen, ob bei Behandlung durch den Kassenarzt die häuslichen Verhältnisse nicht die Heilungsaussichten verschlechtern



könnten. Ist das letztere der Fall, so ist eine möglichst zeitige Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft am Platze. Die öffentlichen Krankenhäuser sind nicht so sehr dafür geeignet (Platzmangel und Arbeitsüberhäufung der Aerzte), besser sind für diesen Zweck die Unfallabteilungen der orthopädischen Institute, wo die Behandlung je nach Lage des einzelnen Falles ambulant oder stationär durchgeführt werden kann. Am geeignetsten erscheinen V. eigene Unfallkrankenhäuser, die von den Berufsgenossenschaften selber unterhalten werden, und bei denen eventuell auch Spezialabteilungen für besondere Erkrankungen (Innere, Augen Ohren) geschaffen werden können. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

8) **Dupont** (Paris). Quelques resultats de la méthode de Bier. (Rev. de chir. XXXIX. Bd. S. 267.)

D., der nach seinen Angaben sich selbst bei Bier genau über die Technik der Methode informiert hat, ist mit seinen Erfolgen nicht sehr zufrieden. Speziell bei akuter Eiterung und bei Altersgangrän hat D. mit der Bindenstauung keinen Erfolg gehabt, etwas günstiger waren die Resultate mit dem Saugglas speziell zur Entfernung von Eiter. Bei Tuberkulose ist nach D'.s Erfahrungen die Methode der Bindenstauung aussichtsvoller. Bei fistelnder Tuberkulose war eine günstige Beeinflussung des Prozesses wahrzunehmen, geschlossene Tuberkulose hält D. nicht für geeignet für diese Behandlung. Am besten wirkte nach D'.s Anssicht noch die Saughyperämie auch bei den Tuberkulosen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

9) **Victor Horsley.** The function of the so-called Motor-Area of the brain. (British med. journ. 17. Juli 1909.)

Aus der zu Ehren Linaires (Galenübersetzer) gehaltenen Rede, will ich nur die Hauptpunkte herausgreifen. Es ist dem auf dem Gebiete der Hirnphysiologie und -Chirurgie so bekannten Forscher gelungen, nachzuweisen, dass die sogenannte Motor-Area der Hirnrinde, die diesen Namen seit 40 Jahren unangefochten trägt, und für die 1869 Bastian den Namen kinaesthetisch und Hughlings später sensori-motorisch, ohne Anerkennung zu finden, vorgeschlagen hat, diese Bezeichnung zu Unrecht führt. Er hat an einem Fall von Verletzung des praecentralen Gyrus der rechten Seite operiert, und durch exakte Beobachtungen vor und nach der Operation festgestellt, dass dies sogenannte motorische Rindenzentrum sensorisch-motorischen Charakter hat. Während nach der Operation Be-



wegungen, deren Erregungszentren exakt im resezierten Rindenteil festgestellt wurden, wiederkehrten, blieben andere Funktionen, so die Asterognosis, die Möglichkeit, die Form von Gegenständen mit dem Gefühl zu erkennen, noch 19 Monate nach der Operation aus. Die Arbeit enthält noch sehr zahlreiche interessante Ausführungen, von denen ich nur die über die Funktion und Wichtigkeit der grössten, pyramidenf. Netzzellen, die eine Zeit lang als die rein motorischen Organe in der Rinde galten, erwähnen will, ferner die Topognosis und ihre Beziehungen zur Axe des Körpers, die Frage der Hypotonie in paretischen Muskeln. So viel ist sicher, dass ausser dem motorischen, noch andere Zentren in der Rinde vorhanden sind, als: Bewegungssinn, Topognosis, Muskel- und Gelenkssinn, Stereognosis, Schmerzempfindung. **Mosenthal**-Berlin.

10) **Herzog** (Mainz). Zur Behandlung der tabischen Ataxie (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 38. S. 1654).

H. hat bei einem Tabeskranken, der an Insufficienz der Blase litt, eine Faradisation der Blase von der Harnröhre aus vorgenommen und dabei eine auffallende Besserung des Gehvermögens beobachtet. Drei weitere Versuche an gleichartigen Pat. ergaben ähnlich gute Resultate. Verf. glaubt, dass die Faradisation als Reiz von der Peripherie aus auf den intakten sensiblen Bahnen der Blase diese Wirkung habe und fordert zur weiteren Nachprüfung auf. Die Behandlung wurde in der Weise ausgeführt, dass eine Harnröhrenelektrode 1 cm weit in die Urethra eingeführt wurde, während die Plattenelektrode im Lendenteil angelegt wurde. Dann Hindurchfliessenlassen eines eben schmerzhaften faradischen Stromes auf 3 Minuten. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

11) **Bilhaut** (Paris). Le traitement chirurgical des paralysies spasmodiques. Operation de Foerster. (Die chirurgische Behandlung der spastischen Lähmungen nach Foerster.) (Annales de chir. et d'orthop. Bd. 22. Nr. 11. S. 321.)

Der Artikel enthält eine genaue Beschreibung der Foersterschen Operation, die ja bekanntlich in einer Resektion von hinteren sensiblen Rückenmarkswurzeln besteht zwecks Herabsetzung der Reflexerregbarkeit. Etwas Neues bringt B. für den deutschen Leser nicht. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

12) **J. Joseph Nutt** (New-York). Intra-perineural Neurotomy. (Amer. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

N. fasst die heilsame Wirkung der Muskeltenotomien bei zerebraler



Hemiplegie so auf, dass bis zur Wiedervereinigung der Sehnen sich die Nervenbahnen, insbesondere die erkrankten Gehirnrindenzellen ausruhen und heilen könnten. Um diese Wirkung noch zu erhöhen, hat er in zwei Fällen von infantiler zerebraler Kinderlähmung die Scheide des Ischiadicus längs, seine Nervenfasern quer durchschnitten und die Scheide darauf wieder genäht. Der Pes varo-equinus wurde sogleich bei der Operation durch einen Gipsverband, später durch einen Apparat korrigiert gehalten.

Nach der Operation soll der vorher im Schulter- und Ellbogengelenk aktiv wenig bewegliche Arm seine normale Kraft und Beweglichkeit wiedererlangt haben. (?) Auch der Geisteszustand habe sich gebessert (!). Dagegen besserten sich Hand und Finger nur wenig. Der Klumpfuss, der rezidivierte, verschwand nach vielem Ueben (!), der Spitzfuss blieb. (Die an den beiden mitgeteilten Fällen erzielten „Erfolge“ fordern gerade nicht zum Nachprüfen auf. Ref.)

Ewald-Hamburg.

13) **Stoffel** (Heidelberg). Ueber Nervenüberpflanzung bei schlaffen Lähmungen. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 5.)

4 Fälle von Plastik des Nerv. axillaris, der unter anderen Nerven infolge Poliomyelitis gelähmt war.

1. peripheres Ende des nerv. axillaris wird in den Ulnaris, der musculocutaneus in den Medianus verpflanzt. Erfolg: geringe Kontraktion des biceps, vorderer Deltoideus gekräftigt.

2. Der intakte halbe Medianus wird abgespalten, durch einen Längsschnitt des nerv. axillaris gezogen und versenkt. Erfolg: nach 4 Monaten Erheben des Arms nach vorn bis zur Horizontalen, nach der Seite bis zu 55°.

3. Versenkung des halben intakten Medianus in den Axillaris. Erfolg: nach 14 Tagen auf Reizung vom Nerven aus deutliche Deltoideuskontraktion, nach 16 Tagen kann Arm fast bis zur Horizontalen gehoben werden, nach 9 Wochen darüber hinaus. Bei einer Nachuntersuchung nach 8 Monaten noch weitere Besserung.

4. Verpflanzung eines allein noch gesunden Teils des nerv. radialis (der das caput longum tricipitis innervierte) in den Axillaris. Erfolg: nach 4 Wochen erste Zuckungen bei galvanischem Strom, 14 Tage später aktive Kontraktion, nach 2 Monaten Abduktion des Arms um 35°, lebhafte Kontraktion des ganzen Deltoideus auf Elektrizität.

Also 3 gute Resultate! Die Axillarisplastik kann neben der Arthrodese im Schultergelenk Gutes leisten. Anatomische Bemerkungen, (werden ausführlicher im 25. Bd. der Z. f. orth. Chir. erscheinen)



legen dar, dass es wichtig ist, die Lage der verschiedenen zu den verschiedenen Muskeln laufenden Nervenfasern im Querschnitt zu erforschen und zu kennen. Ewald-Hamburg.

14) **Krause** (Bonn). Zur Kenntnis der westfälischen Epidemie von akuter Kinderlähmung. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 42. S. 1822.)

Nach kurzem Rückblick auf die Geschichte der Poliomyelitislehre und die bisher aus Norwegen, Schweden und Nordamerika beschriebenen Epidemien geht Verf. auf die letzthin beobachtete Häufung von Fällen akuter Kinderlähmung im westfälischen Industriebezirk ein. Es sind danach allein im Regierungsbezirk Arnsberg in der Zeit von Juni bis 5. Oktober 09 436 Erkrankungen festgestellt worden, von denen 66 tötlich verliefen. Die Kinder standen im Alter von 4½ Wochen bis 15 Jahre, am häufigsten war das zweite Lebensjahr befallen. Die Erkrankung begann fast immer mit Erscheinungen von Seiten des Magendarmkanals (Durchfälle), Fieber und Schweissausbruch. Danach traten dann die mehr oder weniger ausgedehnten Lähmungen an den Extremitäten, Kopf und Rumpf auf. In letal verlaufenden Fällen wurde meistens Atemlähmung beobachtet. Im Beginn der Lähmung war stets Fieber vorhanden, das Sensorium dagegen frei. Störungen der Sensibilität fanden sich nur in einem Falle. Pathologisch-anatomisch fanden sich ausser einer leichten Leptomeningitis und nur mikroskopisch erkennbaren Veränderungen in Gehirn und Rückenmark eine hochgradige Erkrankung des Darmes (Rötung und Schwellung der Schleimhaut) und mässiger Milztumor. Durch die Art der Verbreitung ist mit Sicherheit festzustellen, dass es sich bei der Kinderlähmung um eine Infektionskrankheit handelt. Als Eintrittspforte kommt nach dem klinischen Bilde und der anatomischen Untersuchung aller Wahrscheinlichkeit nach der Magendarmtraktus in Betracht. Die Art der Uebertragung konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, möglicherweise hängt das Sterben von Hühnern, das mehrfach vor dem Auftreten der Epidemie beobachtet wurde, mit der Erkrankung der Kinder zusammen. Als Namen schlägt Verf. die Bezeichnung: „akute epidemische Kinderlähmung" vor statt des bisher gebrauchten Ausdrucks „spinale Kinderlähmung", da der Sitz der Erkrankung keineswegs nur das Rückenmark zu sein braucht. Verf. hält eine Isolierung des Kranken und eine Desinfektion der Wohnung für geboten. Im ersten Stadium der Magendarmerscheinungen ist eine Desinfektion resp. Ausscheidung der Fäces durch Calomel anzustreben. Im Stadium der Reparation



der Lähmung sind Elektrizität (auch als Bad) sowie Massage und Uebungen zweckmässig. Ist die Lähmung stationär geworden (nach $^1/_4$—$^3/_4$ Jahren), so tritt die orthopädische Behandlung in ihr Recht.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

15) **Peiper** (Greifswald). Das Auftreten der spinalen Kinderlähmung (Heine-Medinsche Krankheit) in Vorpommern (Deutsche med. Woch. 1910 Nr. 9 S. 398.)

Die Zahl der Erkrankten in der Epidemie des vorigen Herbstes belief sich auf 51 und rekrutierte sich zum grössten Teil aus Anklam (20 Erkrankungen) und Umgebung. Die Fälle kamen sehr zerstreut zur Beobachtung, eine Uebertragung war nicht festzustellen. In zwei Fällen wurde ein gleichzeitiges Auftreten von Lähmung bei Hühnern beobachtet. Eine Impfung von Kaninchen und eines Affen verlief ohne Resultat. Der Verlauf der Erkrankung war ein gleicher wie in anderen Gegenden auch, letal endete die Poliomyelitis bei 11,7% der Kinder. Verf. weist darauf hin, dass nicht die Mortalität, sondern die nachbleibenden Ausfallserscheinungen die Kinderlähmung zu einer sehr gefürchteten Erkrankung stempeln. P. möchte für die Poliomyelitis den Namen Heine-Medinsche Krankheit allgemein angewendet wissen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

16) **Eichelberg** (Göttingen). Ueber spinale Kinderlähmung. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 3. S. 112.)

E. sah bei 31 Fällen 16 mal Magendarmerscheinungen und 14 mal Erkrankungen der Luftwege als erste Symptome der Poliomyelitis. In Bezug auf das zeitliche Eintreten nach den Ersterscheinungen und die Ausbreitung der Lähmungen wurden die gleichen Beobachtungen gemacht wie anderwärts. Die Schwere der Allgemeinerkrankung und die Ausdehnung der Lähmungen waren keineswegs übereinstimmend. Am häufigsten befallen war das zweite Lebensjahr. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung der Spinalflüssigkeit fiel negativ aus, auch die intrakranielle Einspritzung des Liquor blieb bei Kaninchen ohne Wirkung. Das Auftreten der Erkrankung war ein durchaus regelloses, in einigen Fällen war eine Uebertragung durch Dritte nachzuweisen. Bei zwei Kindern war anscheinend eine Ansteckung durch Schuhe von Erkrankten erfolgt. Es liess sich nach diesen Fällen eine Inkubationsdauer von 10—11 Tagen berechnen. Verf. glaubt aus der Uebertragung durch Schuhe, sowie aus dem häufigen Befallensein des auf der Erde herumkriechenden zweiten Lebensjahres auf die Möglichkeit einer Uebertragung durch die Erde schliessen zu können.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



17) **P. H. Römer** (Marburg). Weitere Mitteilungen über experimentelle Affenpoliomyelitis. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 5.)

Das einzige in Frage kommende Versuchstier ist der Affe. Die experimentelle Poliomyelitis lässt sich am sichersten durch die kombinierte intrazerebrale und intraperitoneale Injektion einer Emulsion von Teilen des Rückenmarks und Gehirns herbeiführen. Inkubation 6—12 Tage, dann schnelle Lähmung, meist der hinteren Extremitäten, und Ausgang wie beim Menschen: Tod oder partielle Besserung. Die Verbreitung des Virus erfolgt auf dem Lymphwege. Sichtbar konnte das Virus noch nicht gemacht werden. Das Ueberstehen einer Poliomyelitisinfektion scheint Schutz gegen eine neue Infektion zu verleihen. Doch müssen diesbezügliche Untersuchungen fortgesetzt werden. **Ewald**-Hamburg.

18) **P. H. Römer u. K. Joseph** (Marburg). Beitrag zur Natur des Virus der epidemischen Kinderlähmung. (Münch. med. Woch. 1910, Nr. 7.)

Affenversuche ergaben, dass das Virus der Poliomyelitis lange Zeit (14 Tage bis 2 Monate) seine volle Virulenz behalten kann, wenn es in 50 %igem oder unverdünntem Glyzerin aufbewahrt wird. Dass es sich um eine Infektion und nicht etwa Intoxikation handelt, beweist der Erfolg einer Weiterimpfung des Gehirns und Rückenmarks des mit dem aufbewahrten Virus behandelten Affen auf einen neuen. Dieser ging wieder prompt unter typischen Lähmungssymptomen zu Grunde.

Die ausserordentliche Glycerinwiderstandsfähigkeit des Poliomyelitisvirus dürfte das experimentelle Arbeiten sehr erleichtern.

Ewald-Hamburg.

19) **Krause** (Bonn) und **Meinicke** (Hagen). Zur Aetiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 42. S. 1825.)

Mikroskopische und Kulturversuche der verschiedensten Organe und Körperflüssigkeiten Erkrankter hatten ein negatives Ergebnis. In einer Reihe von Fällen gelang es, Kaninchen durch subdurale, intravenöse und intraperitoneale Injektion von Gehirn- und Rückenmarksemulsion, Blut oder Urin Poliomyelitiskranker zu infizieren, sodass die Tiere unter Lähmungserscheinungen zu Grunde gingen. Bei anderen Tieren, speziell auch bei Kücken fielen die Versuche negativ aus. Die Möglichkeit der Uebertragung scheint demnach erwiesen, der Erreger ist dagegen noch unbekannt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



20) **Wieland** (Basel). Ueber das physiologische Osteoid bei Föten und Neugeborenen und dessen Bedeutung für die histologische Diagnose der sogenannten angeborenen Rachitis und der Osteochondritis syphilitica. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 35. S. 1520.)

W. fand das Osteoid, das von anderen Untersuchern im Skelett von Kindern und Erwachsenen als Vorstufe des verkalkten Gewebes nachgewiesen war, in vermehrtem Masse auch bei Neugeborenen resp. Föten und zwar in desto stärkerem Masse, je jünger die Föten waren. Die Breitenausdehnung dieses Gewebes hält sich in ziemlich konstanten Grenzen (3—10m), eine grössere Breitenausdehnung ist nach W's und anderer Forscher Erfahrung als Beweis von vorhandener Rachitis anzusehen, die also nach W's Ansicht ein Unverkalktbleiben des normalen osteoiden Gewebes darstellt. Die auf Grund dieser Voraussetzung an nicht entkalkten Schädeldächern und Rippen von Föten gemachten Untersuchungen ergaben in keinem Fall das Vorhandensein von Rachitis. Verf. sieht darin den Beweis für das Nichtvorhandensein von fötaler Rachitis. Bei hereditär luetischen Früchten fand sich eine Abnahme, sogar ein völliges Fehlen dieses Osteoids. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

21) **Francis Dixon.** The sceleton in achondroplasia. (British med. journ. 11. Sept. 09.)

Zusammenfassende Beschreibung von 5 im Dubliner Museum vorhandenen Skeletten dieser Erkrankung, die nichts Neues bringt. **Mosenthal**-Berlin.

22) **Alexander Earle Horwitz.** Adolescent rachitis. Etiology and pathology. (Americ. journ. of orthop. surg. 1909. Vol. VII. 2.)

Da so viele statische Deformitäten in der Adolescenz entstehen, muss man einen Zusammenhang des Knochenwachstums mit der Genitalsphäre annehmen und auch Störungen in einem System auf Störungen in dem anderen zurückführen, (s. Osteomalacie.) Es ähneln ferner viele Deformitäten in der Adoleszenz denen nach der Rachitis der Kinder, so dass man an rachitisähnliche Prozesse glauben muss.

Krankengeschichten von 13 Fällen, wo im Alter von 13—18 Jahren infolge der (manchmal operativ festgestellten) Knochenweichheit eine Coxa vara, ein genu valgum oder varum, eine Skoliose oder Unterarmverkrümmung zu stande kam. Bei manchen konnte eine früher überstandene Rachitis nachgewiesen werden, bei manchen nicht. In einigen Fällen kam es sogar zur Spontanfraktur.



Die durch keilförmige Osteotomie gewonnenen Präparate zeigten fehlende Corticalis, osteoides Gewebe, weiche Spongiosa, erweiterte Markräume, Fehlen der Proliferationszone.

Stoffwechelversuche ergaben Schwefelretention und starke Calciumausscheidung (um das doppelte und dreifache vermehrt). In einem Fall hat H. die Kastration vorgenommen mit dem Erfolg, dass sich die Mengen der retinierten und ausgeschiedenen Stoffe etwas veränderten, aber ohne allgemeine Besserung.

H. nimmt an, dass in der Pubertätsperiode die innere Sekretion der Testikel (in zwei Fällen unentwickelt!) und Ovarien gestört ist und die normale Knochenbildung hindert. Oefter ist die Knochenweichheit nach einer schweren Krankheit aufgetreten, noch häufiger waren allgemeine Ernährungsstörungen zu beobachten. Neunmal war die Weichheit an einem Knochen lokalisiert.

Ewald-Hamburg.

23) **Johnson.** A case of late rickets (?) in a previously healthy child aged 13 years. (Lancet, 23. Oktbr. 1909.)

Das bis zu 13 Jahren gesunde Kind wohlhabender, auf dem Lande lebender Leute erkrankte mit allmählich zunehmender Verbiegung der Ober- und Unterschenkel, die Verf. nicht mit Sicherheit als Spätrhachitis auffasst. Ätiologisch bringt er die Krankheit in Vergleich mit den Knochen- und Gelenkerkrankungen, die in der Schwangerschaft und Menopause auftreten und macht für ihr Entstehen Veränderungen der innerlichen Sekretion der Geschlechtsdrüsen verantwortlich.

Mosénthal-Berlin.

24) **Tharkild Rovsing** (Kopenhagen). Et Tilfoelde af fri Knogletransplantation tit Erstatning af Overarmens óverste to Trediedele ved Hjoelp af Patientens Fibula. Foredrag heldt medicinsk Selskab den 4. Januar 1910. Hospitalstidende Januar 1910.

Ein Fall von freier Knochentransplantation. Wegen Osteosarcoma im oberen Teil des Humerus wurden $^2/_3$ dieses Knochens entfernt und die Fibula des Patienten als Ersatz verwendet. Das exstirpierte Fibulastück war 3 cm länger als das entfernte Humerusstück, Periost unverletzt, die Muskelinsertionen 1 cm vom Knochen durchgeschnitten. Der untere zugespitzte Teil der Fibula wurde in die Markhöhle des unteren Humerusrests eingetrieben und Capitulum fibulae mit Cavitas glenoidalis in Kontakt gebracht. Die durchgeschnittenen Humerusmuskeln wurden an die Muskelinsertionen der Fibula angenäht. Sutur — reaktionslose Heilung. Zwei Monate später



freie passive Bewegung im Schultergelenk und aktive insoweit, dass der Patient beim Essen den Arm benutzen konnte. Die Entfernung der Fibula hatte keine üble Erfolge für das Gehen.

Panum-Kopenhagen.

25) **Läwen.** Zur Histologie des frei transplantierten, periostgedeckten Knochens beim Menschen. (Arch. f. kl. Chir., Bd. 90, II. H. p. 469.)

Bei einem 8jährigen Knaben wurde wegen Sarkom des Humerus die obere Hälfte desselben reseziert und der Defekt durch Transplantation eines gleichlangen, periostgedeckten Tibiastückes ausgefüllt. Das frei transplantierte Knochenstück heilte ein, nach 78 Tagen musste aber der Arm wegen Recidivs exartikuliert werden. Dadurch bot sich Verf. die Möglichkeit einer genauen histolog. Untersuchung des Präparates. Das Ergebnis dieser interessanten Untersuchung ist folgendes: Die Vaskularisation hatte sich zwar in ganzer Ausdehnung des implantierten Knochenstückes wiederhergestellt, der Knochen ist aber doch in toto abgestorben. In allen Teilen fanden sich Zeichen der Resorption des abgestorbenen Knochens. Die Resorption ging aus von der Oberfläche, von den Havers'schen Kanälen und von den Markräumen. Hand in Hand mit der Resorption ging eine Knochenneubildung an der Oberfläche von dem mittransplantierten Periost, welches überlebte, im Innern von den Haver'schen Kanälen und den Markräumen ausgehend. — Es wurde durch diese Untersuchung somit auch für den Menschen bewiesen, was experimentell an Tieren durch andere Autoren festgestellt worden war, dass der freitransplantierte Knochen nicht lebensfähig bleibt, sondern langsam substituirt wird. **Baisch**-Heidelberg.

26) **Mencière** (Reims). L'osteo-synthèse, indications et technique. (Ueber Knochennaht, ihre Indikationen und ihre Technik.) (La méd. des accidents du trav. Bd. 7 Nr. 8 S. 225.)

Der Artikel enthält das Gleiche wie eine in den Annales de chirurg. et d'orthop. erschienene Veröffentlichung (ref. Zentralblatt S. 68).

27) **Tuffier.** La réduction des fractures. (Die Reposition der Frakturen). (La méd. des accidents du trav. Bd. 7 Nr. 8 S. 234.)

Nach der Ansicht T'.s ist die Heilung einer Fraktur mit Verkürzung für den Patienten weniger nachteilig als eine Winkelstellung des Bruches. Eine vollkommene Reposition durch starken Zug in Narkose oder durch dauernden geringeren Zug (spez. in dem Apparat



von Hennequin) hält Verf. für nicht möglich. Man soll sich deshalb damit begnügen, die Bruchenden richtig in die Achse des Gliedes einzustellen, und falls dies nicht in befriedigender Weise möglich ist, operativ eingreifen und die Knochennaht machen. Im besondern gilt dies für Frakturen der Diaphysen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

28) **Beurmann, Gongevot** et **Vaucher.** Sporotrichose osseuse et ostéo-articulaire. (Die Sporotrichose der Knochen und Gelenke.) (Rev. de chir. 39. Bd. S. 661.)

Das von Beurmann entdeckte Sporotrichum Beurmanni war bisher nur als Erreger von Haut- und Muskelerkrankungen bekannt. Nach allerdings noch recht vereinzelten Veröffentlichungen kann es auch als ätiologisches Moment für Knochen- und Gelenkleiden in Betracht kommen und zwar unter der Form gummöser Periostitiden und chronischer Osteomyelitis speziell an der Tibia. Es ist von Wichtigkeit an diese Möglichkeit zu denken, da operative Eingriffe in solchen Fällen keine Heilung bringen, während eine interne Jodtherapie in kurzer Zeit günstige Erfolge zeitigt. Auch bei Tieren spez. bei Ratten wurde das epidemische Auftreten derartiger Knochen- und Gelenkleiden beobachtet, ebenso wie es auch durch Injektion von Reinkulturen in das Peritoneum bei Ratten, Mäusen und Hunden erzeugt werden konnte. Die Diagnose ist in allen Fällen bakteriologisch oder auch durch spezifische Serumreaktion leicht zu stellen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

29) **J. Rothschild** (Berlin). Zwei Fälle von Arthritis deformans nach Typhus, ein Beitrag zur Kenntnis der Aetiologie der Arthritis deformans. (Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 4.)

1. 36jährige Patientin, die im 12. Lebensjahr an Typhus erkrankt war, in dessen Anschluss sich eine Hüftgelenksentzündung entwickelte, die eine lange Behandlung nötig machte. Doch war Pat. mit dem 18. Jahre ganz beschwerdefrei und blieb es bis zum 33. Jahre. Dann Bewegungsstörungen, die langsam zunahmen, bis Pat. — obwohl ohne Schmerzen — überhaupt nicht mehr gehen konnte. Abduktion und Streckung in der Hüfte ist hochgradig behindert, bei Bewegungen Krepitation. Röntgenbild ergibt stark abgeschliffenen Kopf, Randwülste, Knochenwucherungen am Hals des Femur.

2. 54jähriger Mann, mit 22 Jahren Typhus, nach 4 Wochen schwere Coxitis mit starken Schmerzen. Im 23. Jahr jedoch schon Kavallerist, drei Jahre lang, trotz leichter Beschwerden. Auch jetzt



noch leichte Beschwerden, die ihn aber nicht hindern, seinen Schlachterberuf auszuüben. Extension in der Hüfte normal, Flexion bis zum rechten Winkel, Adduktion und Abduktion behindert. Krepitation. Röntgenbild ergibt Abschleifung der oberen Partie, Pilzform des Kopfes, zahlreiche knollige Exkreszenzen; auch am Hals Knochenwucherungen.

R. nennt das Krankheitsbild: monartikuläre Arthritis deformans nach Typhus abdominalis und schliesst für seine Fälle Lues, Tuberkulose, chronischen Gelenkrheumatismus und chronische Osteomyelitis aus.

Durch Massage und Heissluft, später Beseitigung der Flexion und Adduktion mit nachfolgendem Gipsverband für 3 Wochen und anschliessender Übungstherapie wurde in beiden Fällen vorzügliches funktionelles Resultat erreicht. **Ewald-Hamburg.**

30) **Judet** (Paris). La greffe des articulations. (Ueber Gelenktransplantation. (Rev. de chir. XL. Bd. S. 1.)

I. hat an Kaninchen und Hunden Versuche über die Transplantation von Gelenken gemacht. Teils wurden Knorpel-Knochenabschnitte des Kniegelenks auf andere Tiere der gleichen Gattung übertragen, teils auch auf Tiere anderer Art. Ferner wurde bei Kaninchen Knorpel ohne Knochen und Synovia an anderer Stelle an der Stelle einer Knochenresektion eingeheilt, doch wurde der Knorpel resorbiert, und es bildete sich eine knöcherne Ankylose. Die Ueberpflanzung ganzer Kniegelenke, die wegen technischer Schwierigkeiten unter die Haut eines anderen Kaninchens eingeheilt wurden, ergab, dass in einem Gelenk, welches ohne Umhüllung oder mit einer andern Decke (Peritoneum) eingeheilt wurde, der Knorpel zu Grunde geht, und das Gelenk steif wird. Eine Uebertragung der Kniegelenksteile mit der Synovia ergab ein sehr gutes Resultat in Bezug auf Erhaltung des Knorpels und in Rücksicht auf die Beweglichkeit. **Ottendorff-Hamburg-Altona.**

31) **Frangenheim.** Experimentelle und klinische Erfahrungen über die Arthrodese durch Knochenbolzung. (Arch. f. kl. Chir. 90. Bd. II. H. p. 437.)

Verf. veröffentlicht die klin. Erfahrungen, die in der Königsberger chirurg. Klinik mit der von Lexer 1908 auf dem Chirurg. Kongress bekanntgegebenen Methode der Arthrodese durch Knochenbolzung gemacht wurden. Er berichtet über 20 Fälle. Die Bolzung wurde in den meisten Fällen am Fussgelenk vorgenommen, am



Kniegelenk bisher nur 5 mal. Als Bolzungsmaterial wurde meist die Fibula, mit oder ohne Periostbedeckung, vom Patienten selbst genommen, mehrfach wurden auch die Fibula von frisch Amputierten, oder macerierte Knochen verwendet. Von letzteren kam man jedoch später wieder mehr ab. In einem Fall von Kniebolzung schloss sich an die Operation Allgemeininfektion und Exitus an. In den anderen Fällen wurde reaktionslose Heilung und vollkommener Erfolg erzielt. Röntgenologische und histologische Untersuchungen ergaben Resorptionserscheinungen im Bereich des Bolzens, er wird durch andersartigen neugebildeten Knochen ersetzt. Auch Tierexperimente an Hunden ergaben das gleiche Resultat. **Balsch**-Heidelberg.

32) **Charles Mc. Neil.** A study of the tuberculin reaction in skin and eye. A series of 153 cases. (Brit. med. Journ. 6. Nov. 1909.)

Verfasser hat die v. Pirquet'sche Methode etwas modifiziert: er reibt mit der Spitze einer geraden Nadel die Haut wund, bis die rosagefärbte Cutis ohne Blutung freiliegt, appliziert dann die Tuberkulinlösung und reibt sie mit dem Kopf der Nadel ein, diese Methode ergab unter 9 Fällen 7 positive Resultate, im Vergleich zu nur 2 positiven Reaktionen der Originalapplikation des Tuberkulin nach Pirquet bei denselben Fällen. Bei 78 Patienten hat er die Pirquet'sche und Calmette'sche Reaktion gleichzeitig angewendet und fand bei allen nach Pirquet negativen Fällen auch negativen Calmette, während in 10 Fällen Pirquet positiv und Calmette negativ ausfiel. Er preist die Überlegenheit der Pirquet'schen Methode.

Während Calmette auf dem Standpunkt steht, dass die Schwere der Reaktion mit der Anzahl der im Blut anwesenden Antikörper korrespondiert, hat sich gezeigt, dass bei der von Pirquet'schen Probe die Stärke der Reaktion sich umgekehrt zur Schwere der Erkrankung verhält. Am exaktesten war das Eintreten der Pirquet-schen Reaktion bei Knochentuberkel. 5 Fälle alle positiv, von 15 Gelenkfällen 13 positiv, Halsdrüsen 14 +, 3 —, Pleuraergüsse 13 +, 1 — tbk. peritonitis 9 +, 3 —, allgemeine Tbk. 0 +, 4 —.

Mosenthal-Berlin.

33) **F. Heeger** (Oeynhausen). Zur Behandlung der ankylosierenden Gelenkerkrankungen mittels Fibrolysin. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 5.)

10—20 tägliche Injektionen in die Glutaealgegend. Daneben Badekur, Massage, mediko-mechanische Uebungen. Die zahlreich



mitgeteilten Krankengeschichten der „Arthritis chronica, chronischer Gelenkrheumatismus, Arthritis deformans" ergeben, dass die Ankylosierungsprozesse durch Fibrolysin in günstiger Weise mehr oder weniger beeinflusst wurden. Sehr gut wirkte es auf das Allgemeinbefinden und die Herabsetzung der Schmerzen.

Ewald-Hamburg.

34) **Fr. Hayn** (Würzburg). Über Thiosinaminvergiftung. (Münch. med. Woch. 1910, Nr. 7.)

Ein sonst gesunder, kräftiger Mann, der an einer Narbenkontraktur des rechten Handrückens nach Tuberkulosis cutis verrucosa litt, erhielt in 2—3 tägigen Pausen die gewöhnlich gegebene Dosis (0,2) Thiosinamin resp. Fibrolysin. Nach den ersten 4 Injektionen leichte Kopfschmerzen, dann aber Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerz, Durstgefühl, hochgradige Schwäche, Erbrechen, Gewichtsabnahme von 10 Pfd. während 4 Wochen. Nach dem Aussetzen der Kur wieder erholt. Der Vergleich mit anderen Mitteilungen führt zu dem Schluss, dass bei Thiosinamin eine wohlcharakterisierte Idiosynkrasie vorzukommen scheint. Vorsicht bei der Anwendung (namentlich zuerst längere Pausen machen!) ist anzuraten.

Ewald-Hamburg.

35) **Flath.** Eine neue praktische Gipsbindenwickelmaschine. (Deutsche Militärärztl. Zeitschr., 38. Jahrg., 23. H.)

Die Herstellung von Gipsbinden in der Praxis ist mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden: Es ist nicht leicht, den Gips in den Binden gleichmässig zu verteilen, die Anfertigung ist eine zeitraubende; sofern kein eigenes Gipszimmer zur Verfügung steht, wird die Verunreinigung des Anfertigungsraumes durch den Gipsstaub unangenehm empfunden. Diese und noch andere Unannehmlichkeiten werden durch eine neue, vom Operationswärter der chirurgischen Klinik in Giessen Schmidt konstruierte Gipsbindenwickelmaschine vermieden, die bei grosser Leistungsfähigkeit (60—70 Binden durch eine Person in der Stunde herzustellen) ein sauberes, staubfreies Arbeiten ermöglicht. Der Preis beträgt 48 Mk.

Eine anschauliche Abbildung zeigt die einfache Konstruktion der Maschine. Sie wird schliesslich für Heereszwecke warm empfohlen, da die Anwendung der Gipsverbände im modernen Kriege eine sehr ausgedehnte ist und die Maschine leicht auf den Sanitätswagen mitgeführt werden kann. Der Nachteil, fertige Binden mitführen zu müssen, entfällt damit.

Natzler-Heidelberg.

36) **A. H. Freiberg** (Cincinnati). A suggestion for the improvement of plaster of Paris technic. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

Um das Herausfallen des Gipspulvers beim Einlegen der Binde in Wasser zu vermeiden, wickelt F. die Binden in Fliesspapier oder eine Papierserviette. Mit diesem Verfahren hat er in einem halben Jahr 30% Gipsbinden gespart. **Ewald**-Hamburg.

37) **Vulpius** (Heidelberg). Ueber den Wert des orthopädischen portativen Apparats. (Deutsche med. Woch. 1909. N. 41. S. 1782.)

Bereits im Bericht über den internationalen medizin. Kongress in Budapest referiert. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

38) **Bramann** (Halle). Die Behandlung des Hydrocephalus durch den Balkenstich. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 38. S. 1645.)

Da die bisherigen Versuche der Druckentlastung (Lumbal- und Ventrikelpunktion sowie Ventrikeldrainage) ohne Erfolg geblieben sind, so hat B. von einer Trepanationslücke oder von der grossen Fontanelle aus nach Eröffnung der Dura ein Röhrchen an der Falx entlang bis zum Balken vorgeschoben und diesen dann perforiert. Die Lücke wird stumpf etwas erweitert, eine Wiedervereinigung scheint nach Sektionsbefunden nicht einzutreten. Verf. hat die Operation im ganzen 22 mal, darunter 8 mal bei Hydrocephalus gemacht. In den meisten Fällen war eine wesentliche Besserung in Bezug auf das psychische Verhalten und in Bezug auf die Motilität zu verzeichnen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

39) **Binet** et **Trénel** (Nancy). Considérations sur le tétanos céphalique. (Ueber Kopftetanus.) (Rev. de chir. 40. Bd. S. 427.)

Beschreibung eines Falles von Tetanus der Kopf- und Nackenmuskeln, der dem Bilde nach an ein Caput obstipum erinnert. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

40) **M. Böhm** (Berlin). Ueber die Form der Wirbelsäule. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 2.)

Ausser Alter, Geschlecht, Rasse und Beruf muss für die Form der Lendenlordose als ursächliches Moment die Differenzierung der Wirbelsäule verantwortlich gemacht werden. Namentlich die Lage und Ausbildung des Promontoriums ist davon abhängig. An Skeletten wird gezeigt, dass der 24. Wirbel sich dem Charakter des I. Kreuzbeinwirbels nähern kann (Ausbildung eines Kreuz-



beinflügels) und dass das Promontorium sich dann über ihm ausbildet. Andererseits kann der 1. Kreuzbeinwirbel (25. Wirbel) den Charakter eines Lendenwirbels annehmen, wobei sich das Promontorium unter ihm ausprägt. Bei einer variierenden numerischen Differenzierung minderen und mittleren Grades findet man ein wenig ausgebildetes oder flaches Promontorium und dementsprechend auch eine Abflachung der Wirbelsäule, einen flachen Rücken. Auf die Verwandtschaft des flachen Rückens mit der Skoliose und ihre gemeinsame Ursache der „numerischen Variation“ wird besonders hingewiesen. **Ewald**-Hamburg.

41) **Vas** (Budapest). Zur Frage der lordotischen Albuminurie. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 34. S. 1472.)

V. untersuchte ein grösseres Material (150 Kinder) in Bezug auf Eiweissausscheidung bei aufrechter Körperhaltung. Es fanden sich 26 Kinder, welche dieses Symptom zeigten. 15 davon hatten eine mehr oder weniger starke lordotische Krümmung der Wirbelsäule, bei den übrigen 11 bestand die Albuminurie ohne Rückgratverbiegung. Ausserdem fanden sich unter den anderen Kindern noch 9 mit Lordose, aber ohne Eiweissausscheidung. V. glaubt deshalb, dass die orthostatische Albuminurie nicht ausschliesslich von einer Lordose der Lendenwirbelsäule abhänge, wie dies von Jehle angegeben wird. Dass es aber solche Fälle gibt, in denen künstliche forcierte Lordose durch Störung der Blutzirkulation in der Niere Eiweissausscheidung hervorrufen kann, hat Verf. selbst feststellen können. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

42) **Buccheri** (Palermo). Ueber die unmittelbaren Erfolge des chirurgischen Eingriffes bei Spina bifida. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3—4. H. S. 480.)

Von 26 Fällen wurden 23 operiert mit einer Mortalität von 4. Die Heilung erfolgte im allgemeinen glatt, nur bei den Kindern, bei denen bereits eine Ulceration des Tumors bestand, erfolgte der Schluss der Wunde per secundam. Der Sitz der Geschwulst war vorwiegend lumbosakral, ihre anatomische Form meist die der Myelocystocele. Im allgemeinen genügten bei den gestielten Formen mit kleiner Oeffnung Etagennähte über der Oeffnung, in einigen Fällen musste die Deckung des Defekts durch Muskel-Fascien-Periostlappen herbeigeführt werden. Der erzielte Erfolg war in fast allen Fällen gut, nur in einem Falle mit grösserer Spalte gab es ein Rezidiv der Geschwulst. **Ottendorf**-Hamburg-Altona.



43) **Redard** (Paris). Ueber Wirbelsäulenverletzungen durch Betriebsunfall. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 80.)

Enthält das Gleiche wie der Artikel aus „La médecine des accidents du travail" und aus „Annales de chirurg. et d'orthop." Ref. Zentralblatt S. 74.)

44) **A. H. Tubby** (London). Symmetry and Asymmetry; and their effect in lateral Curvature of the spine. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. VII. 2.)

Die Körperhälften sind selten gleich; es ist festgestellt worden, dass nur 10% aller Menschen gleich lange Beine haben. Manchmal findet man auch eine „gekreuzte Asymmetrie (z. B. linke Rumpfhälfte grösser als die rechte, dabei linkes Bein kürzer als das rechte). Oft ist die Ursache unbekannt, manchmal kongenital (z. B. Torticollis, Achondroplasia foetalis, congenitale Hemiplegie, Riesenwuchs), manchmal erworben (z. B. nach schlaffer und spastischer Kinderlähmung, bei einseitigem Plattfuss oder genu valgum. Ein Symptom der Asymmetrie des Beins ist manchmal — namentlich bei anämischen Frauen — Lumbago (Schmerzen in einem Ileosakralgelenk, Coxitis- oder Ischiasartige Schmerzen. Die Messung ergibt, ob nur das Bein oder auch die Rumpfhälfte asymmetrisch ist. Im ersten Falle ist nur eine erhöhte Sohle nötig, sonst auch noch ein Kissen für das Tuber ischii, angebracht an den Unterhosen. Bei der „gekreuzten Asymmetrie hat man entweder beides anzuwenden, oder auch nur für symmetrischen Sitz, oder auf der einen Seite für gerades Sitzen auf der anderen für gerades Stehen zu sorgen, je nach der Kompensation der einen Verkürzung durch die andere.

Die gekreuzte Asymmetrie ist in einem Viertel aller Fälle von Asymmetrie zu finden, namentlich bei Juden. Ewald-Hamburg.

45) **Reichel.** Zur Aetiologie der kongenitalen und juvenilen Skoliose. (Diss. München. 1909).

Der Arbeit liegt ein Fall von kongenitaler Skoliose zu Grunde, der in der Lange'schen Universitätspoliklinik beobachtet und untersucht wurde. Das Radiogramm zeigte im Halsabschnitt der Wirbelsäule eine fehlerhafte Verbindung von baulichen Elementen, im Brustteil hochgradige Defekte in der Anlage und Ausbildung einzelner Wirbelteile mit sekundär bedingtem asymmetrischem Rippenwachstum und im Lendenabschnitt schliesslich eine Asymmetrie in der Konfiguration des ersten Lumbalwirbels, die nach R.s Meinung entschieden unter dem Einfluss von statischen und mechanischen Momenten einen deformierenden Einfluss auf die Richtung der Wirbelsäule



ausüben musste. Durch diese im Radiogramm sichtbaren Veränderungen fanden auch die klinischen Erscheinungen, die schwere Skoliose mit gleichzeitig bestehendem Hochstand einer Schulter und Schiefhals, ihre volle Erklärung. **Blencke-Magdeburg.**

46) **Schmidt** (Bonn). Orthopädische Turnkurse an unseren Schulen. (Körper und Geist, 18. Jahrg. Nr. 18.—19.)

Die Schule muss sich den Wirbelsäulenverkrümmungen gegenüber grundsätzlich auf prophylaktische Massnahmen beschränken. Eine orthopäd. Behandlung darf niemals Sache der Schule sein. Eine solche kann vielmehr nur unter ärztlicher Kontrolle in geeigneten orthopäd. Anstalten ausgeführt werden. Die orthopäd. Turnkurse, wie sie heute schon in vielen Städten eingeführt sind, gehen oft weit über die Kompetenz der Schule den Skoliosen und Kyphosen gegenüber hinaus. Die Düsseldorfer Kurse erfahren eine scharfe, aber wohlberechtigte Kritik. Vollständig auszuschliessen von der turnerisch-orthopäd. Behandlung seitens der Schule sind die Skoliosen 2. und 3. Grads, weil deren Entstehung nicht auf Einflüsse des Schullebens zurückzuführen ist und ihre Behandlung eine spezialärztlich-orthopäd. Ausbildung und einen komplizierten orthopäd. Apparat voraussetzt. Die Schule muss sich grundsätzlich darauf beschränken, gegen die leichteren Formen der Wirbelsäuleverkrümmungen (Skoliosen 1. Grads, Rückenschwächlinge, Ermüdungs- und Belastungsdeformitäten) anzukämpfen, bezw. ihre Entstehung und Verschlimmerung in der Schule durch entsprechende vorbeugende Massnahmen nach Möglichkeit zu verhüten. Dieser Zweck lässt sich durch orthopäd. Turnkurse, die unter der Leitung orthopäd. geschulter Lehrer stehen, mit den einfachsten Mitteln am zweckmässigsten erreichen. —

Das ist im grossen und ganzen der Gedankengang der ausserordentlich lehrreichen Ausführungen. Die Bedeutung des Schmidtschen Artikels liegt in der vernünftigen Beschränkung auf das durch die Schule Erreichbare. Möchten alle Fragen der Schülerhygiene mit der gleichen lichtvollen Klarheit und massvollen Bescheidenheit behandelt werden. Dieser Wunsch drängt sich dem Schulhygieniker bei der Lektüre des Schmidtschen Aufsatzes unwillkürlich auf.

Wimmenauer-Mannheim.

47) **Z. B. Adams** (Boston). The treatment of severe scoliosis by plaster jackets with windows and by braces of a similar pattern. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

Durch Uebungen allein können schwere Skoliosen nicht ge-



bessert werden, ja manchmal verschlimmern sie sich sogar. Zudem ist die Behandlung monate- bis jahrelang und zwar täglich durchzuführen. — A. wendet daher Gipsverbände an, die in möglichster Korrektion, aber ohne Forzierung angelegt werden, auf die konvexen Stellen einen Druck ausüben, an den konkaven Fenster haben. Mit diesen Gipsverbänden, die A. unter mehrmaligem Wechsel viele Monate lang tragen lässt, will er einer Verschlimmerung vorbeugen, den Rumpf in der bestmöglichen Stellung halten.

Experimente an Hunden zeigen, dass man mit redressierenden Schienen in 6 Wochen Skoliosen hervorbringen kann, die auf keiner Wirbeldeformität beruhen, die aber noch monatelang nach Abnahme des Apparates persistieren, wenn auch nur wenig.

30 Patienten (2—22 Jahre alt), ein Jahr und länger mit Gipsverbänden, später mit Korsetts behandelt, zeigen, was erreicht ist. Doch glaubt A. selbst, dass das Gewonnene nicht bleiben wird, wenn nicht immer Stützapparate getragen werden. Photographien vor und 1 Jahr nach der Behandlung sollen die Erfolge zeigen. (Da aber die ersten in schlaffer, die letzteren in straffer Haltung aufgenommen sind, kann der Leser aus den Bildern keine einwandfreien Folgerungen ziehen. Ref.)

Ewald-Hamburg.

48) **Lilienfeld**-Leipzig. Zwei Fälle von Schulterblatthochstand und Schiefhals bedingt durch hysterische Muskelkontraktur im Kindesalter. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3. — 4. H. S. 462.)

Sowohl in dem Falle von Schulterblatthochstand wie in dem von Schiefhals, die beide Knaben betrafen, war die Deformität durch hysterische Muskelkontraktur bedingt. Vorsichtige Massage und Redressierung bewirkten völlige Heilung.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

49) **Luft.** Luxatio humeri congenita. (Diss. Giessen 1909.)

Nachdem L. mit kurzen Worten der Fälle, die er in der ihm zugänglichen Litteratur finden konnte, Erwähnung getan, berichtet er im Anschluss hieran über einen Fall von kongenitaler Schultergelenksluxation. Durch die Sektion wurde bestätigt, dass in der Tat eine derartige Luxation vorlag und dass es sich nicht etwa um eine Epiphysenablösung handelte. Als Ergebnis seiner Arbeit stellt L. im Schlusse desselben folgende Sätze auf:

1. Das Zustandekommen einer intrauterinen Schultergelenksluxation ist möglich.

2. Die die Luxation bewirkende Kraft ist weniger in Traumen



als in den Kontraktionen der Uterusmuskulatur, besonders bei Fruchtwassermangel zu suchen.

3. Die zur Entstehung der Luxation notwendige Haltung des Armes wird nur durch seltene Umstände gegeben sein, woraus die abnorme Seltenheit der Schultergelenksluxation resultiert.

Blencke-Magdeburg

50) **Lucas-Championnière** (Paris). Fractures de l' extrémité superieure de l' humérus (Frakturen des oberen Humerusendes). (La méd. des accidents du trav. Bd. VII. Nr. 3 S. 76.)

L.-C. weist darauf hin, dass es nicht so sehr darauf ankomme, eine genaue Restitution der Form als vielmehr eine Wiederherstellung der Funktion zu erzielen. Ausser bei sehr starker Dislokation lässt er bei Brüchen des oberen Humerusendes eine Einkeilung der Fragmente ruhig bestehen, da nach seiner Erfahrung eine Verbesserung der Stellung der Bruchenden doch nie erzielt werde. Die Prognose sei bei der gewöhnlich geübten Ruhigstellung eine sehr schlechte, während die Resultate der von ihm geübten Behandlung mittels Bewegungen und Massage sehr gute seien. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

51) **Franke** (Braunschweig). Ueber Epicondylitis humeri. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 1. S. 13.)

F. stellt das Symptombild der Epicondylitis humeri auf, bestehend in einer Schmerzhaftigkeit des Epicondylus humeri, meistens des äusseren und am häufigsten auf der rechten Seite. Verf. definiert das Leiden als eine nervös-rheumatische Erkrankung des Epicondylus und der dazu gehörigen Nerven und zwar auf der Basis einer vorhergehenden Influenza. Objektiv ist gelegentlich etwas Schwellung der Haut an der Stelle zu beobachten, im allgemeinen ist aber der Befund negativ. Charakteristisch ist die genaue Lokalisation des Druckschmerzes. Therapeutisch waren völlige Ruhigstellung und Priessnitzsche Umschläge von Vorteil, in einem Falle wurde rasche Heilung durch Abmeisselung des schmerzhaften Epicondylus erzielt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

52) **Bernhardt** (Berlin). Bemerkungen zu dem Aufsatz F. Frankes „Ueber Epicondylitis humeri". (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 5. S. 221.)

B. weist darauf hin, dass er bereits vor 14 Jahren den von Franke angegebenen Symptomenkomplex beschrieben habe, doch glaube er, dass dieser Affektion eine Zerrungsperiostitis durch die Muskulatur des Condylus lateralis zu Grunde liege.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



53) **Momburg** (Berlin). Ueber Periostitis am Epicondylus humeri. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 6. S. 260.)

Auf Grund von 17 beobachteten Fällen bestätigt M. das von Franke angegebene Vorkommen von isolierter Schmerzhaftigkeit des Epicondylus lateralis. Eine nervös-rheumatische Erkrankung, wie F. das annimmt, glaubt aber M. verneinen zu müssen. Er hält das Leiden für eine Periostitis, hervorgerufen durch ein direktes Trauma oder durch Zug der am Epicondylus ansetzenden Muskeln bei schwerer Abeit. Therapeutisch hat sich auch bei M. die Ruhigstellung des Armes bewährt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

54) **Franke** (Braunschweig). Ueber Epicondylitis humeri. Erwiderung auf die Bemerkungen M. Bernhardts in Nr. 5. dieser Wochenschrift. (Deutsche med. Woch. 1910 Nr. 9 S. 420.)

F. hält gegenüber Momburg und Bernhardt an seiner Auffassung der Aetiologie dieses Leidens als eines nervös-rheumatischen auf der Basis einer Influenza fest. Speziell gegen die Entstehung durch Ueberanstrengung oder Trauma führt er an, dass das Leiden auch ohne solche ätiologische Momente vorkomme und trotz Fortsetzung der Beschäftigung auch wieder verschwinde. Bei genauer Untersuchung resp. Anamnese liesse sich überall die vorausgegangene Influenza nachweisen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

55) **Teske** (Plauen). Verband des Radiusbruches in typischer Korrekturstellung mit einer Stärkebinde. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 41. S. 1793.)

T. rät nach Reposition des typischen Radiusbruches, die Hand in stärkste Volarflexion und Ulnarabduktion zu bringen und zugleich die Finger im Grundgelenk rechtwinklig zu beugen. Die Hand und der Unterarm werden dann vom Mittelgelenk der Finger bis zum Ellenbogengelenk mit einer Mullbinde eingewickelt, und alsdann vom Ellenbogengelenk beginnend auf der Ulnardorsalseite des Unterarms bis zum Köpfchen des Metacarpus II eine Stärkebinde angelegt, welche die Hand möglichst volar und ulnar drängend wieder an der Kleinfingerseite zurückläuft. Durch zirkuläre Einwicklung wird der Zug dieser Binde noch verstärkt. Man geht dann von unterhalb des Proc. styloid. ulnae über die Köpfchen des II.—V. Metacarpus und die gebeugten Fingergrundglieder hinweg wieder über die Ulnarseite zurück zur Mitte des Unterarms. Der Verband kann in seiner Wirkung durch mehrfaches Wiederholen verstärkt werden. Im Gegensatz zu den Schienenverbänden lässt sich der



Verband für jede Körpergrösse verwenden, auch ermöglicht er tägliche Abnahme durch Aufweichen in Wasser und Massage nebst Bewegungen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

56) **Müller.** Statistischer Beitrag zur Behandlung des typischen Radiusbruches mittelst zirkulären Gipsverbandes. (Diss. Greifswald. 1909.)

M. hat die vom Januar 1906 bis Februar 1909 in der chirurgischen Universitätspoliklinik des Königl. Charitéekrankenhauses nach der Lexerschen Methode behandelten Radiusbrüche zusammengestellt uud kann auf Grund der erzielten Erfolge diese Methode nur aufs angelegentlichste empfehlen, die bekanntlich darin besteht, dass für 8—10 Tage ein zirkulärer Gipsverband angelegt wird, nach dessen Abnahme sofort vorsichtig mit Massage und Gymnastik begonnen wird. Mit Beginn der 3. Woche fangen die Patienten im Durchschnitt an, ihre Hand zu den täglichen Verrichtungen zu gebrauchen, und in der 4. Woche leichte Arbeit aufzunehmen. Die Kompendiosität, die Sicherheit gegen eigenmächtige Aenderungen der Patienten am Verband, die grosse Festigkeit und die Billigkeit sind Vorzüge des Gipsverbandes, die Lexer wieder zu diesem zurückgreifen liessen. **Blencke**-Magdeburg.

57) **Hastings.** A case of fracture of the radius treated by early massage and movement. (Brit. med. journ. 27. Nov. 1909.)

Massage vom 1. Tag der Behandlung nach der Verletzung und aktive Bewegungen machten den Arm am 20. Tag vollkommen gebrauchsfähig. **Mosenthal**-Berlin.

58) **Mailennan** (Glasgow). Madelungs subluxation of the wrist. (Lancet, 11. Sept. 1909.)

M. beschreibt einen Fall von Madelungscher Deformität, deren Aetiologie erst durch das Röntgenbild festgestellt werden konnte, es handelt sich um ein Fehlen der unteren Radius-Metaphyse, durch die eine sekundäre Verbiegung des Radius und die Distorsion des Handgelenks zu Stande kam. **Mosenthal**-Berlin.

59) **Richter** (Mariendorf). Verletzung des Nerv. medianus unter dem unversehrten Ligamentum carpi transversum und Lähmung der Hand durch Fremdkörper. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 41. S. 1794.)

Bei R.'s Pat. hatte ein Stahlstück, das von der Rückseite der

Hand eingedrungen war, eine Lähmung des Medianus verursacht. Bei der Operation von der Vola aus fand sich der Fremdkörper dem Nerven anliegend unter dem Lig. carpi volare, das ebenso wie das Lig. carpi transversum unversehrt war. Verf. glaubt, dass das Stahlstück an der gespannten Sehne des Flexor pollicis brevis abgeglitten sei und so diesen eigentümlichen Weg genommen habe, und dass auch zugleich durch die straffe Sehne die Gewalt des Stahlstücks gebrochen worden sei, sodass der Nerv nicht durchschnitten, sondern nur durch das Anliegen des Fremdkörpers komprimiert wurde. Die Lähmung war sofort nach Entfernung des störenden Gegenstandes verschwunden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

60) **Stassen** (Montegnée). Les blessures des doigts et la loi des accidents du travail. (Die Verletzungen der Finger und die Unfallgesetzgebung). (La méd. des accidents du trav. Bd. 7. Nr. 6. S. 161. Nr. 7. S. 200. und Nr. 8. S. 238.)

Verf. spricht zunächst über die erste Behandlung frischer Verletzungen sowohl der Wunden wie der Frakturen und Luxationen. Nach der Reposition der Luxationen und Frakturen soll man zeitig mit der Mobilisierung, Heissluftbädern, Elektrisieren und Massage beginnen. Versteifungen in Streckstellung lassen sich gut durch Einwickeln mit elastischer Binde in Beugehaltung bekämpfen. Als Schluss folgt dann noch eine Erörterung über den Einfluss der verschiedenen Verletzungen auf die Gebrauchsfähigkeit der Hand und eine Aufstellung der Prozentsätze zur Einschätzung der Erwerbsunfähigkeit.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

61) **Bähr** (Hannover). Hand- und Fingergelenk-Mobilisierungsapparat im Heissluftbad. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 48. S. 2113).

B. beschreibt einen von ihm seit 2 Jahren gebrauchten Mobilisierungsapparat für Finger- und Handgelenk bestehend in einem mit Heissluftvorrichtung versehenen Kasten, in dem sich eine Achse befindet, über welche die Finger gebeugt werden können. Es geschieht dies mit Hülfe eines gepolsterten Riemens, der sich auf die Achse aufrollt und dadurch die zwischen dieser und den Riemen liegenden Finger gewissermassen auf der Achse aufwickelt. Die nötige Drehbewegung wird der Achse erteilt durch ein Schwungrad mit Griff zur Betätigung durch die andere Hand. Zur Bewegung des Handgelenks dient eine andere Achse gleichfalls mit Schwung-

rad, die ohne weiteres in die Lager der ersten Vorrichtung eingelegt werden kann. Die Hand kann auf dieser Achse mittels eines dazu parallel liegenden Polsters durch zwei Flügelschrauben fixiert werden, wobei das Handgelenk je nach der Drehungsrichtung der Achse volar- oder dorsalflektiert wird. Werden statt der Hand die Finger in diesem Apparat fixiert, so kann er zur Streckung der Finger verwandt werden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

62) **Stieda** (Königsberg). Coxa valga rachitica. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 30. S. 1301.)

St's. Patient zeigte die bereits von anderer Seite beschriebene Eigentümlichkeit des Ganges, steife Haltung der Hüften und Mitbewegung des Beckens und der Wirbelsäule. Zugleich bestand eine Verlängerung des kranken Beines. Röntgenbild ergab eine typische Coxa valga auch bei Innenrotation. Verf. bespricht unter Einbeziehung der bisher in der Litteratur berichteten Fälle die Differentialdiagnose zwischen angeborener und rachitischer Coxa valga. Wegen früher vorhandener Rachitis und weil die vorhandenen Symptome nicht denen der angeborenen Coxa valga entsprechen, glaubt St. eine rachitische Deformität annehmen zu müssen. Die Entstehung erklärt Verf. sich durch Muskelzug, hält aber auch eine Ausbildung der Coxa valga als Kompensation für eine früher bestehende, jetzt ausgeglichene Varusdeformität der Extremität nicht für ausgeschlossen. Der eigenartige Gang entsteht nach St's. Ansicht dadurch, dass die Angriffspunkte der Glutäalmuskulatur sich ändern und dass auch durch die Verschiebung der Gelenkflächen im Hüftgelenk die Unterstützung des Beckens eine mangelhaftere wird.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

63) **Meyer** (Heidelberg). Zur Mobilisierung ankylosierter Hüftgelenke. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 44. S. 1931.)

M. berichtet über eine Pat., bei der wegen einer seit 13 Jahren bestehenden koxitischen Versteifung in der Vulpiusschen Klinik eine Resektion des Halses und des grössten Teils des mit dem Becken verwachsenen Kopfes gemacht worden war. Der Schaft des Femur war nach Zwischenlagerung eines Fett-Muskellappens in diese muldenförmig ausgehöhlte Resektionsstelle implantiert worden. Zwei Jahre später war dies neugebildete Hüftgelenk in erfreulicher Weise beweglich geworden. Flexion um 60°, volle Streckung, Ab- und Adduktion sowie Rotation in befriedigender Weise möglich.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



64) **Thomschke.** Ein Fall von willkürlicher Luxation in beiden Hüftgelenken. (Deutsche Millitärärzt. Zeitschr. 39. Jahrg. 6. H. S. 225—226.)

Beschreibung eines der seltenen Fälle von willkürlicher Luxation in beiden Hüftgelenken. Ein Musketier erlitt eine einseitige, eingekeilte Schenkelhalsfraktur und konnte ungefähr 6 Wochen später in beiden Hüftgelenken willkürliche Luxationen nach hinten ausführen, ein Kunststück, das er vor dem Unfall angeblich nicht ausführen konnte. Leider fehlt ein Röntgenbild, das über die Pfannenverhältnisse Auskunft geben könnte. Denn aller Wahrscheinlichkeit nach hat die Luxation doch schon vor dem Unfall bestanden. In vielen Fällen wird eine anfänglich nicht nachweisbare Luxation infolge einseitiger Belastung des Beines durch das Körpergewicht hervorgerufen. So wird auch in dem von Th. beschriebenen Falle die Luxation zustande gebracht.

Die Möglichkeit einer willkürlichen Luxation im Hüftgelenk bildet nach Th. übrigens kein Hindernis für volle Militärdienstfähigkeit. **Natzler**-Heidelberg.

65) **Black.** Die blutige und unblutige Behandlung irreponibler traumatischer Hüftluxationen. (Diss. Königsberg. 1909.)

Auf Grund einer Zusammenstellung der Fälle von irreponiblen traumatischen Hüftluxationen aus der ihm zugänglichen Literatur, bei denen eine Resektion bezw. blutige Reposition vorgenommen wurde, ist Bl. zu der Ansicht gekommen, dass die operative Behandlung entschieden eine grosse Gefahr in sich birgt und dass die mit dieser erzielten Erfolge nicht gerade als ermutigende bezeichnet werden müssen. Er bezeichnet deshalb als grossen Fortschritt die in der letzten Zeit von verschiedenen Autoren, so namentlich von Lorenz gemachten Versuche, diesen veralteten Luxationen auf unblutigem Wege beizukommen. Auf des letzteren Methode geht er des Näheren ein und berichtet über fünf bereits in der Literatur veröffentlichte Fälle, die auf diese Weise operiert wurden und denen er noch einen weiteren, selbst beobachteten Fall aus der Königsberger chirurg. Universitätsklinik anreiht. In sämtlichen Fällen waren die Resultate als durchweg sehr gute zu bezeichnen, so dass demnach der unblutigen Behandlungsmethode entschieden der Vorzug eingeräumt werden muss. **Blencke**-Magdeburg.



66) **Ralph Thompson.** The etiology of that form of dislocation of the hipjoint which is generally regarded as congenital. (Lancet, 11. Sept. 09.)

Verfasser kommt auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen und chirurgischen Erfahrungen zu dem Schluss, dass die sogenannte kongenitale Hüftgelenksluxation, die in den meisten Fällen erst beobachtet wird, wenn der betreffende Patient in aufrechter Stellung geht, viel häufiger statisch als kongenital ist, was auch eine Erklärung für das viel häufigere Vorkommen beim weiblichen Geschlecht ergeben würde. **Mosenthal**-Berlin.

67) **Gwilym G. Davis** (Philadelphia). A brace for the retention of congenital luxation of the hip after reduction. (Americ. journ. of orth. surg. 1909 Bd. VII. 2.)

In Fällen, wo der Gipsverband wegen Unreinlichkeit nicht angewandt werden kann, hält eine dem Körper und dem abduzierten Oberschenkel angebogene, mit Filz gepolsterte Eisenschiene, die mit Binden angewickelt wird, die Retention aufrecht.

Um die Gipsverbandperiode überhaupt bei der Hüftluxationsbehandlung abzukürzen, lässt D. über einem Modell einen Schienenhülsenapparat für Becken und Oberschenkel machen, der das Bein in der jeweils gewünschten Stellung hält, die Hüftgegend selbst aber zur Reinigung resp. Untersuchung freilässt. **Ewald**-Hamburg.

68) **Peltesohn** (Berlin). Die Lähmungen im Gefolge der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 1.—2.H. S. 222.)

Verhältnismässig am häufigsten wird die komplette Ischiadicuslähmung beobachtet, danach kommen die Lähmungen des Peroneus. P. glaubt nach seinen Untersuchungen am anatomischen Präparat, dass es sich bei Einrenkungen über den hinteren Pfannenrand um eine Quetschung des Nerven zwischen Trochanter und Tuber ischi handele, wahrend bei maschineller Traktion eine Zerrungslähmung zu Stande kommen könne. Bei Paralyse des Femoralis kommt wohl mehr eine direkte Schädigung des Muskels (Quadriceps) als die des Nerven in Betracht. Störungen von Blase und Mastdarm sind wohl durch Zerrungen an den Rückenmarkswurzeln durch Vermittlung der Beinnerven bedingt. Da die meisten derartigen Lähmungen bei älteren Kindern beobachtet sind, so rät Verf. die Kinder möglichst in jugendlichem Alter (einseitige bis 10, zweiseitige bis 7 Jahre) zu reponieren. Ist eine Lähmung eingetreten,



so soll der Verband entfernt und eine entsprechende elektrische und Massagebehandlung eingeleitet werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

69) **Reiner** (Wien). Die Osteoklase zur Beseitigung der pathologischen Anteversion als Vorakt der Luxationsbehandlung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.—4. S. 557.)

An Stelle der Nagelung des Trochanters mit nachfolgender Osteotomie des Femur, wie sie Schede zur Korrektur der Anteversion ausgeführt hat, setzt R. die Osteoklase, die er als Voroperation der Einrenkung der Luxation voranschickt. Wenn die Fraktur geheilt ist, so soll die Reposition sich leicht und dauernd bewerkstelligen lassen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

70) **Chichester** (London). Rupture of both Quadriceps extensor cruris tendons. (Brit. med. Journ. 6. Nov. 1909.)

Pat., der 3—4 Fuss herabsprang und beim Aufspringen auf die Knie sank, hatte sich, wie bei der Operation festgestellt wurde, beide Quadricepssehnen dicht über der Patella abgerissen, starke Seidenligaturen wurden durch das obere Fragment und durch Löcher, die durch die Patella gebohrt wurden, gelegt und durch seitliche Catgutnähte verstärkt. Nach 5 wöchiger Ruhigstellung langsamer Beginn mit passiven und aktiven Bewegungen, funktionell gutes Resultat. **Mosenthal**-Berlin.

71) **Folmer Bentzen** (Kopenhagen). Luxatio congenitalis genus hoset Trillingpar. (Hospitalstidende 1909. Nr. 47—48.)

Zwillingspaar mit angeborener Kniegelenkverrenkung. 1. Mädchen einseitige Verrenkung, leichte Reposition — Heilung nach $^3/_4$ Jahr ohne Bandagierung. Keine anderen Deformitäten. 2. Knabe, doppelseitige Verrenkung, schwierige Reposition und Retention. Heilung erst nach halbjähriger Bandagierung. Nebenbei eine doppelseitige Hüftgelenkverrenkung.

Verf. hat noch zwei Fälle von angeborener Kniegelenkverrenkung beobachtet, beide Mädchen, einseitig und spontan geheilt. Fig. und Literatur. **Panum**-Kopenhagen.

72) **Joachimsthal**-Berlin. Willkürliche Kniegelenksluxation. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3. — 4. H. S. 498.)

Bei J's Patient war nach Kniegelenksentzündung infolge eines Traumas eine Lockerung des Bandapparates eingetreten, die eine aktive oder auch spontan eintretende Subluxation des Unterschenkels



nach vorn ermöglichte. Ebenso war eine Reposition aktiv möglich. Die in der Luxationsstellung auftretenden Beschwerden wurden durch eine Bandage behoben. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

73) **Gangolphe** et **Thévenet** (Paris). Entorse du genou. (Distorsion des Kniegelenks.) (Rev. de chir. 40. Bd. S. 72.)

Den Verf. gelang es, experimentell an Leichen durch Abduktion und Aussenrotation des Unterschenkels gegen den Oberschenkel typische Verletzungen zu erzeugen. Die Veränderungen bestanden in partieller oder totaler Abreissung des Ligamentum laterale internum von seiner oberen Insertion oder in einer Ausreissung von Knochenteilen aus dem Ansatz des Bandes am Condyl. int. femoris. Diese letzte Verletzung war relativ am häufigsten. Die Verf. glauben, dass den meisten Distorsionen des Kniegelenks derartige anatomische Veränderungen zu Grunde liegen. Die Anamnese der Verletzten ergibt fast immer eine dem Experiment analoge Entstehungsweise. Als Symptome kommen vor allem lokale Druckempfindlichkeit und abnorme seitliche Beweglichkeit des Kniegelenks in Betracht, ferner auch die an der betreffenden Stelle auftretende Ecchymose und der Hydarthros resp. Hämarthros des Kniegelenks. Praktisch wichtig ist vor allem im späteren Verlauf die Muskelatrophie und das Chronischwerden des Ergusses. In leichten Fällen tritt volle Heilung ein, in schwereren kann das Gelenk dauernd wacklig bleiben. Therapeutisch empfehlen die Verf. vor allem Immobilisation, in schweren Fällen bis zu einem Monat, eventuell in Verbindung mit der Punktion des Ergusses und Massage speziell gegen die Atrophie der Muskulatur. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

74) **Bordier** (Lyon). La physiothérapie dans le traitement des arthrites chroniques et en particulier de celles du genou. (Die Anwendung der physikalischen Therapie bei chronischen Arthritiden spez. des Kniegelenks.) (La méd. des accidents du trav. 7. Bd. Nr. 9. S. 272.)

Bei chronischem Hydarthros speziell des Kniegelenks wendet Verf. ausser Heissluftbädern für das Gelenk eine energische Massage und vor allem elektrische (faradische und galvanofaradische) Behandlung der Oberschenkelmuskulatur an. Auch die perkutane Einführung von Natrium salicyl. in das Kniegelenk mit Hülfe des galvanischen Stroms hält B. nach seinen Erfahrungen für vorteilhaft. Die Anode wird dabei auf den Oberschenkel aufgesetzt und die mit Natr. salicyl. imbibierte Kathode auf das Kniegelenk appliziert.



Verf. will mit diesem Verfahren auch bei länger bestehendem Leiden (15 Monate) in kurzer Zeit gute Erfolge gehabt haben.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

75) **Lehr** (Stuttgart). Die Resektionsdeformität des Kniegelenks. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.–4. H. S. 529.)

Nach Kniegelenksresektionen im jugendlichen Alter tritt in den allermeisten Fällen sekundär eine sehr charakteristische Deformierung der unteren Extremität ein, indem sich der Unterschenkel gegen den Oberschenkel in Flexion, Adduktion und Innenrotation stellt. Die Beugestellung führt Verf. teils auf Muskelzug, teils auf statische Momente zurück, die Adduktion und Rotation auf das stärkere Wachstum der Fibula, deren Epiphyse durch die Resektion ja gar nicht beeinträchtigt wird. Eine sichere Prophylaxe ist nur dadurch möglich, dass man bei Kindern die Resektion möglichst vermeidet. Die bestehende Deformität lässt sich durch Osteotomien, am besten bogenförmig, beseitigen. Eine langdauernde Nachbehandlung durch Fixation in Gipsverband resp. Apparat ist durchaus notwendig.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

76) **Dupuy de Frenelle.** Fractures des jambes. Appareil pour la réduction. (Ein Apparat zur Behandlung von Unterschenkelfrakturen.) (La méd. des accidents du trav. Bd. 7. Nr. 11. S. 329.)

D. beschreibt einen Apparat, der eine exakte Fixation des gebrochenen Unterschenkels und eine Korrektur der Stellung der Bruchenden gestattet. Das periphere Frakturende steht ausserdem unter der Wirkung elastischen Zuges. Verf. rühmt seinem Apparat nach, dass er eine völlige Korrektur der pathologischen Stellung ermögliche, zugleich aber eine dauernde Beobachtung sowie therapeutische Eingriffe, Elektrisieren, Massage, Wundbehandlung zulasse. Die Versteifung der Gelenke, wie sie durch den Gipsverband herbeigeführt werde, falle dagegen bei diesem Apparat weg.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

77) **Scharff** (Berlin). Ueber kongenitalen Defekt der Fibula (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3—4. H. S. 391.)

Sechs Fälle von angeborenem Fibuladefekt, bei denen keinmal hereditäre Belastung nachzuweisen war. Auch ein Trauma während des intrauterinen Lebens war nicht festzustellen. Wohl aber waren bei 4 von den Kindern narbenähnliche Einziehungen über dem Scheitel der winklig geknickten Tibia vorhanden. Verf. erklärt sich deshalb die Entstehung dieser Fälle durch Verwachsung der Haut mit dem Amnion und nimmt auch für die anderen beiden Fälle



eine Entstehung durch intrauterinen Druck an. Die Behandlung bestand dem jugendlichen Alter der Patienten entsprechend in einem Ausgleich der bestehenden Verkürzung durch eine Prothese.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

78) **S. Peltesohn** (Berlin). Über Tibia recurvata im Gefolge der Coxitis. (Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 4.)

Der jetzt 22 jährige Mann bekam im 12. Lebensjahr eine Coxitis, die $1^1/_2$ Jahr lang mit Extensions- und Gipsverbänden behandelt wurde und mit Ankylose ausheilte. Allmählich bildete sich dann eine eigentümliche Durchbiegung des Kniegelenks heraus. Das Bein steht in der Hüfte in 30° Flexion, 20° Adduktion, Verkürzung 7 cm; starke Abmagerung der Oberschenkelmuskulatur. Der Unterschenkel ist scheinbar gegen den Oberschenkel nach hinten subluxiert. Neben der Überstreckbarkeit des Kniegelenks besteht eine stark ausgesprochene Winkelbildung zwischen Epiphyse und Diaphyse der Tibia (Röntgenbild). Beugung im Kniegelenk vermindert, Rotation vermehrt. Gang mit erhöhtem Stiefel recht gut. Bisher sind nur 10 Fälle von einwandfreier Tibia recurvata beschrieben, 5 Fälle davon nach Coxitis. Entstehung ist aus den abnormen statischen Verhältnissen zu erklären (Ankylose des Hüftgelenks in Beugestellung!) Eine Behandlung erscheint unnötig.

Ewald-Hamburg.

79) **Goldbladt** (Wien). Kasuistisch therapeutische Mitteilungen über intermittierendes Hinken. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 45. S. 1968.)

G.'s Patienten wiesen neben anderen Erscheinungen alle die Erscheinungen der Arteriosklerose auf, auch war bei allen in der Anamnese langjähriges starkes Zigarettenrauchen zugestanden. Bei 3 von den 4 Erkrankten war die Behandlung von gutem Erfolge begleitet. Die Therapie bestand in Massnahmen zur Erzeugung aktiver Hyperämie (Glühlichtbäder, Bogenlichtbestrahlung, Heissluftdusche und Termophoranwendung), doch warnt Verf. vor allzu intensiver Anwendung von Hitze, da dadurch die kranken Gefässe direkt geschädigt werden können. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

80) **Howard Stevenson.** A case of giant Feet. (Brit. med. Journ. 27. Nov. 1909.)

Ein Kind von 4 Jahren mit partiellem Riesenwuchs, der nach dem Impfen intensiv zunahm. An den Zehen und dem linken Bein waren Knoten vorhanden, die allmählich wuchsen, auch im Abdomen zahlreiche Geschwülste, die Knochen waren nicht befallen.

Mosenthal-Berlin.



81) **Quénu et Küss** (Paris). Étude sur les luxations du métatarse. (Rev. de chir. Bd. 39. S. 1. S. 281. S. 720. S. 1093. und Bd. 40. S. 104.)

Unter Zugrundelegung von 32 teils aus der Literatur gesammelten, teils eigenen Fällen haben die Verf. die Frage der Luxationen im Lisfrancschen Gelenk des genaueren untersucht. Diese Verletzungen, die nicht ganz selten sind und gerade bei jungen kräftigen Leuten vorkommen, entstehen meistens durch Fall auf den vorderen Teil des Fusses. Sehr vielfach tritt eine Trennung zwischen dem ersten und zweiten Metatarsus ein entsprechend der Teilung des Fussgewölbes in einen medialen und lateralen Bogen. Es können die gesammten Metatarsen nach der gleichen Seite luxieren oder auch bei einer Trennung der Mittelfussknochen nach verschiedenen Richtungen. Es kommen dadurch die verschiedensten Arten der Luxation zu Stande. Am häufigsten sind die Luxationen der Metatarsen nach auswärts und oben. Für die sichere Diagnose ist die Röntgenaufnahme nicht zu entbehren. Die Prognose speziell der nicht reponierten Verrenkungen ist quoad functionem eine recht trübe. Die Ursache der Irreponibilität kann auf Einklemmungen von Knochenfragmenten und Weichteilen sowie auf begleitenden Frakturen der Fussknochen beruhen. Bei einer frischen Luxation soll man immer eine Reposition versuchen. Wenn sie unblutig nicht gelingt, so tritt der operative Eingriff in sein Recht, selbst unter Opferung von Knochenteilen des Fusses. Auch veraltete Luxationen können infolge erheblicherer Beschwerden eine Operation indicieren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

Kongress- und Vereinsberichte.

82) **Martius** (Rostock). Das pathogenetische Vererbungsproblem. (Mediz. Klinik 1910. Nr. 1.)

Wichtig für Orthopäden ist folgendes: es ist ein Unterschied zu machen zwischen „kongenital“ und „hereditär.“. Angeboren ist alles, was das Kind mit auf die Welt bringt, vererbt sind nur solche Eigenschaften, die aus Anlagestücken sich entwickeln, die in den Keimzellen materiell oder virtuell von vornherein gegeben waren. Es muss in jedem Fall untersucht werden, ob der anatomische Defekt intrauterin erworben ist oder aus dem Keimplasma der Eltern stammt.

Ewald-Hamburg.

83) **Kohlmeyer.** Breslauer chir. Gesellschaft 8. XI. 09. (Berlin. klin. Woch. 1909. Nr. 50).

Polydaktylie. Frau mit 6 Fingern und 6 Zehen; ältere Geschwister normal, die jüngere Schwester zeigt gleichen Befund.



Röntgenbild des Fusses zeigt ypsilonartige Verzweigung des Metatarsale V. An der Hand Verdickung des Metacarpale V. Auf Kinder ist die Anomalie nicht vererbt. **Ewald**-Hamburg.

84) **A. Stühmer.** Mediz. Gesellsch. zu Magdeburg. 21. X. 1909. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 7.)

Ueber die ätiologische Bedeutung der Syphilis bei chronischen Gelenkerkrankungen.

Die auffallenden Ergebnisse Heckmanns (New York) (s. Ref. im Zentralbl.), dass die Arthritis deformans von der Lues abhängig sei, veranlassten St. zur Nachforschung bei den Arthritisdeformansfällen nach Lues. Die Mehrzahl reagierte nach Wassermann negativ, jedoch einige doch stark positiv und zwar gerade jugendliche Individuen, für deren Gelenkerkrankung sonst keine Ursache bekannt war. Eine gewisse Anzahl von Arthritisdeformansfällen scheint also durch den Nachweis der Lues eine Aufklärung zu finden und wird dann vielleicht einer aussichtsreicheren Therapie zuzuführen sein.

Blencke hält es entschieden für zu weit gegangen, jede deformierende Gelenkentzündung auf Lues zurückführen zu wollen. Als Ursachen kommen viel plausibler Trauma, Ueberlastung u. s. w. inbetracht. Er hat wiederholt Arthritis deformans coxae der anderen Seite bei nicht behandelter Luxation im späteren Alter gefunden, ebenso nach einem schweren Oberschenkelbruch der anderen Seite. **Ewald**-Hamburg.

85) **Willner.** Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. 11. XI. 1909. (Berlin klin. Woch. 1909 Nr. 51.)

10jähr. Mädchen mit chronischem fibrösem Gelenkrheumatismus; Ausheilung mit Ankylosenbildung. Warme Bäder und Biersche Stauung riefen heftige Schmerzen hervor. Ein Versuch mit Thiosinamin soll noch gemacht werden. Aetiologie: keine Anhaltspunkte für Gonorrhoe oder Tuberkulose.

Ewald-Hamburg.

86) **Morian.** Aerztl. Verein zu Essen (Ruhr). 2. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 4.)

Junger Mann mit enormer Exostosenbildung in der Nähe der Epiphysen fast sämtlicher grösserer Skelettknochen. **Ewald**-Hamburg.

87) **Schuster.** Mediz. Gesellsch. zu Chemnitz. 27. X. 09. (Münch. med. Woch. 1910, Nr. 6.)

57jähr. Mann mit rheumatischen Beschwerden im linken Ober- und rechten Unterschenkel. Diagnose: multiple Exostosen. Die Extremitäten sind im Wachstum zurückgeblieben, Unterarme stark verkrümmt, beide Radiusköpfchen luxiert. Röntgenbilder zeigten an den verschiedensten Knochen pilz-, stachel-, spangenförmige Exostosen, die z. T. zu Schleimbeutelbildung geführt hatten. Aetiologie: Rachitis. **Ewald** - Hamburg.

88) **Morian.** Aerztl. Verein zu Essen (Ruhr). (Berlin. klin. Woch. 1910. Nr. 4.)

Fall von Myositis ossificans, den M. schon vor 11 Jahren vorgestellt hat. Jetzt bedeutende Besserung eingetreten. **Ewald**-Hamburg.



89) **Martius**. Aerztlicher Verein Rostock. 13. Nov. 1909. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 7.)

Ueber spinale Kinderlähmung.

Bericht über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse, wie er in einer Beratung des Reichs-Gesundheitsrats (30. X. 09.) in Berlin zutage getreten ist. In der Hauptsache dürfte der Inhalt den Lesern des Zentralblatts bekannt sein.

Die Annahme **Krauses** (Bonn), dass der Magendarmkanal die Eingangspforte des unbekannten Virus sei, wird bestätigt. Mit dem Erbrochenen und mit dem Stuhl der akuten Poliomyelitiker sollte ebenso wie mit den Typhusdejektionen verfahren werden. **Ewald**-Hamburg.

90) **Delbet**. Académie de médecine de Paris II. I. 1910. (Gazette des hôpitaux 1910. Nr. 5).

In einem Fall von Littlescher Krankheit hat D., nachdem die Sehnendurchschneidungen sich als ungenügend erwiesen hatten, auf einer Seite die subtrochantere Femurosteotomie gemacht mit dem Erfolge, dass der Gang sich bedeutend besserte. Er glaubt noch mehr erreichen zu können, wenn er auch die suprakondyläre Osteotomie ausführt.

D. hat dreimal bei Littlekranken die Wassermannsche Reaktion positiv gefunden, weshalb er die Erkrankung auf hereditäre Lues zurückführt. Die häufig beobachtete Frühgeburt steht damit im Einklang. **Ewald**-Hamburg.

91) **Weil**. Breslauer chir. Gesellschaft. 13. XII. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 3.)

Beziehungen von Wirbelsäulenverletzung, Haematomyelie und Syringomyelie.

1) Patient, der früher einen geraden Rücken gehabt haben soll, bekam nach Fall aus 10 m Höhe eine hochgradige Wirbelverkrümmung (nach Art einer hochgradigen Skoliose) und die klinischen Zeichen der Syringomyelie.

2) Patient zeigt genau dieselben Erscheinungen, hat aber kein Trauma erlitten.

3) Patientin bekam Syringomyelie (oder Haematomyelie?) -Beschwerden nach Fall aus 6 m Höhe. Danach soll sich auch Skoliose herausgebildet haben.

4) Hat nach Röntgenbild sicher Wirbelfraktur im Halsteil und klinisch Blutung im Halsmark, mit den entsprechenden nervösen Störungen.

Ob in den ersten 3 Fällen die Wirbelsäule wirklich verletzt ist, ist fraglich.

Drehmann betont, dass die Angaben bezügl. der Dauer des Bestehens einer Skoliose immer mit Skepsis aufzunehmen sind. Er halte die Syringomyelie für das Primäre in den 3 Fällen; eine so hochgradige Skoliose kann unmöglich in so kurzer Zeit nach Trauma entstehen.

Levy hält für die syringomyelitische Skoliose die reine Verbiegung nach der Seite ohne Kyphose und Torsion für charakteristisch. Er glaubt an eine trophische Veränderung der Knochen, und zwar an eine abnorme Brüchigkeit, die auch nach leichten Traumen schon zur Fraktur führt.

Minkowsky hat bei Syringomyelie stets derartige Skoliosen beobachten können.

Drehmann. Nach einer Wirbelverletzung finden wir später eine Kümmellsche Spondylitis wie bei der tuberkulösen Spondylitis, also nur eine seitliche Knickung der Wirbelsäule, keine wirkliche Skoliose. **Ewald**-Hamburg.



92) **Ottendorff,** Ärztlicher Verein in Altona 23. 2. 1910.

Demonstration von Lichtbildern sämtlicher Skoliosenformen, sowie von Röntgenbildern von Halsrippe, Schulterblatthochstand und Wirbelasymmetrie. Besonders eingehend wird die habituelle Skoliose behandelt und begründeter Zweifel geäussert bezgl. der jetzt fast allgemein angenommenen Zeit des Entstehens (12.—14. Jahr) und der Ursache (Belastung — Schule). Um Klarheit in puncto Skoliose und Schule zu gewinnen, hat O. ca. 2300 Kinder untersucht. Die vorläufige Statistik zeigt kurz folgendes:

	Knaben von 7—8 J.	Knaben von 13—14 J.	Mädchen von 7—8 J.	Mädchen von 13—14 J.
Schiefhaltung	5 %	15 %	4,4 %	24.5 %
fixierte Skoliose	2,44 %	5,87 %	3 %	5,88 %

Bei 114 israelitischen Kindern fanden sich 21 % Verbiegungen in allen Altersklassen, also nicht viel mehr als bei den germanischen.

Man sieht, dass nur die Schiefhaltungen während der Schuljahre beträchtlich zugenommen haben, doch wäre es voreilig, die Schuld an deren Herausbildung der Schule zuzuschreiben. Bezgl. der fixierten Skoliose ist zu sagen, dass ein Zusammenhang mit Rhachitis wahrscheinlich ist, denn O. hat diese hier sehr häufig beobachtet (etwa in der Hälfte aller Fälle). Die Voraussetzung einer abnormen Knochenweichheit als primärer Ursache ist jedenfalls nötig.

Ob aus einer Schiefhaltung eine fixierte Skoliose werden kann, kann nicht sicher beantwortet werden, ist aber unwahrscheinlich. Trotzdem ist natürlich auch bei Schiefhaltungen eine ärztliche Kontrolle zu empfehlen und bei der fixierten Skoliose die ärztliche Behandlung gleich im Beginn zu fordern.

Grüneberg bestätigt die letzte Forderung und weist namentlich auf die erfolgreiche Behandlung der frischen rachitischen Skoliosen mittels Gipsbett hin.

Umber geht näher auf die Skoliosis ischiadica ein, die sofort nach Verschwinden der Ischias (Injektionstherapie) behoben ist. Er macht ferner auf die Verlagerung der Organe und die Schwierigkeit der Untersuchung der Brustorgane aufmerksam.

Pilsky berichtet über einen Fall von Skoliose nach Lungengangrän, die aber bald wieder verschwunden sei.

Ottendorff hält letztere „Schiefhaltung" nicht für eine empyematische Skoliose, sondern eher für eine Entlastungshaltung. Er macht weiter auf die alternierende Skoliose, die bei Ischias beobachtet wird, aufmerksam, hat aber auch in einigen lange bestehenden Fällen von Ischias hartnäckige Skoliosen gesehen.

Ewald-Hamburg.

93) **R. Picqué.** Société de Chir. in Paris 17. XI. 09. (Revue de chir. 1909. Nr. 12.)

Die Operation am Jleosacralgelenk wegen Tuberkulose kann ebenso durchgeführt werden wie an anderen Gelenken. Beschreibung der Methode der Resektion von Sacrum- und Ileumteilen. Die Trennung des Gelenks führt zu keinen Störungen beim Gehen und Stehen. Von 7 operierten Fällen sind zwei geheilt, drei sind auf dem Wege der Heilung, zwei sind gestorben.

Ewald-Hamburg.

94) **Ludloff.** Breslauer chir. Gesellschaft. 13. XII. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 3.)

Ein Epileptiker litt an einer doppelseitigen habituellen Schulter-



luxation, die täglich mehrere Male eintrat. Durch die Kapselraffung nach Perthes-Werndorff, auf einer Seite mit temporärer Durchtrennung des proc. coracoideus, ist auf beiden Seiten völlige restitutio ad integrum eingetreten.

Ewald - Hamburg.

95) **Toubert.** Société de Chirurgie in Paris. 13. X. 09. (Revue de chir. 1909, Nr. 12.)

Demonstration eines Falles von habitueller Schulterluxation, die er mit vertikaler und horizontaler Kapselraffung zur Heilung brachte.

Ewald - Hamburg.

96) **Jerusalem.** K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. 17. XII. 09. (Berliner klin. Woch. 1910. Nr. 3.

Mann mit doppelseitiger habitueller Luxation der Nervi ulnares bei Beugung der Ellenbogengelenke. Hier angeboren, sonst nach Frakturen beobachtet. **Ewald**-Hamburg.

97) **Kohlmeyer.** Breslauer chir. Gesellschaft 8. XI. 09. (Berlin klin. Woch. 1909. Nr. 50.)

6 Fälle von resezierter Handgelenkstuberkulose. Es war immer das rechte Handgelenk befallen. Immer konnte bei der Operation beobachtet werden, dass die Weichteil- und Knochenerkrankung viel weiter ging als nach dem Röntgenbild anzunehmen war. Im Vergleich zu den Resultaten der konservativen Behandlung sind die der radikalen Behandlung sehr gute zu nennen; Mit Ausnahme der 2 erst vor kurzem Operierten sind die Hände wieder fast völlig erwerbsfähig. Weitere Vorteile der Operation sind schnelle Heilung (1—2 Monate), frühzeitige Mobilisation der Finger. Sicherheit des Erfolges, allerdings bei radikalem Vorgehen und Asepsis.

Technik: Langenbeckscher Schnitt an der Radialseite.

Küttner u. Tietze gehen ebenfalls bei der operativen Behandlung der Handgelenktuberkulose radikal vor. **Ewald**-Hamburg.

98) **Berard.** Société de chir. de Lyon (11. XI. 09). (Revue de chir. 1909. Nr. 12.)

1. Fall von isolierter Fraktur des os triquetum mit Schmerzen im Verlauf des nerv. ulnaris.

2. 32 Jahre alte Fraktur des os lunatum, das mit dem Radius knöchern verwachsen ist und zu einer beträchtlichen Handgelenksversteifung geführt hat.

Als Behandlung empfiehlt B. für derartige Fälle Immobilisation, später Massage. **Ewald**-Hamburg.

99) **Royal Whitman.** Chirurgische Gesellschaft in New-York 12. 5. 09. (Revue de chir. 1909. Nr. 12.)

6 Fälle von traumatischer Epiphysenlösung des oberen Femurendes. In den Fällen, wo der Hals vor und oberhalb des Kopffragmentes stand (gewöhnlich in diesen Fällen!), wurde das Hüftgelenk von vorn her geöffnet, die Fragmente wurden angefrischt und einander gegenübergestellt. Bei schon länger bestehender Pseudarthrose wurden die Fragmente nach der Anfrischung vom Trochanter her zusammengenagelt. — In einem Fall von Coxa vara wurde aus dem Trochanter major ein Keil entfernt. Das Resultat war in allen Fällen (12—19jährige Individuen) ein sehr gutes. **Ewald**-Hamburg.



100) **H. Stausfield Collier.** Medical society of London 8. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1909. Nr. 51.)

In 8 Fällen von angeborener Hüftluxation quetschte C. 14 Tage vor der Reposition den nervus obturatorius innerhalb des Beckens und extendierte dann mit 4 Pfund, um den gelähmten Adduktor zu strecken. Die Reposition soll dann leichter sein und die Erfolge besser als die der ursprünglichen Lorenzschen Methode. **Ewald**-Hamburg.

101) **Joachimsthal** (Berlin). Diagnose und Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung im Säuglingsalter. (Berlin. klin. Woch. 09. Nr. 50.)

In der Regel werden angeborene Hüftluxationen erst dann reponiert, wenn der Patient sich an Reinlichkeit gewöhnt hat, d. h. am Ende des zweiten Lebensjahres oder noch ein Jahr später. J. reponiert, sobald die Luxation erkannt ist (Diagnose durch Vergleich der Verlaufsrichtung der Oberschenkel, die in möglichster Abduktion und Flexion gehalten werden, ferner durch das kulissenartige Vorspringen der Adduktoren). Er hat in ca. 2 Dutzend Fällen nie einen Misserfolg gehabt, erreichte auch schon bei 6 Monate alten Kindern durch 4—8 wöchige (!) Fixation Dauerheilungen. (Zirkulärer Gipsverband oder Art Gipsbett mit Oberschenkelschale; immer wird die Analgegend freigelassen.) Auffallend war die manchmal beobachtete monatelang bestehende Rigidität der Weichteile und das dadurch bedingte Verharren in der Abduktion- Flexionsstellung der Hüfte. J. berührt die Frage der Spontanheilung, die er selbst zweimal beobachtet hat. Man darf jedoch darauf nicht rechnen, sondern sollte die harmlose, nur ein paar Wochen dauernde Fixation nach der Reposition schon im Säuglingsalter durchführen. **Ewald**-Hamburg.

102) **Voeckler.** Mediz. Gesellsch. zu Magdeburg 4. XI. 09. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 8.)

Bei einem 11 jährigen Mädchen hatte V. vor 1/4 Jahr bei tuberkulöser Karies des Collum femoris den Herd ausgeräumt und mit der Jodoformplombe von Mosetig gefüllt. Primäre Naht und Heilung. Bewegungen im Hüftgelenk völlig frei. Die Vorteile der Plombierung sind die Möglichkeit einer prima intentio; wo diese nicht erreicht werden kann, Bekämpfung foetider Sekretion, Granulationsanregung, Aufenthalt eines antituberkulösen Mittels für längere Zeit in der Wunde. **Ewald**-Hamburg.

103) **Gouilloud.** Société de chir. de Lyon 11. XI. 09. (Revue de chir. 1909. Nr. 12.)

2 Fälle von Exarticulation der Hüfte (wegen Sarkom des Oberschenkels). Durch Stehenlassen der oberen Hälfte der Oberschenkelmuskulatur wurde ein leidlicher Stumpf zustande gebracht, der der Prothese guten Halt bot, so dass das funktionelle Resultat ein ausgezeichnetes ist.

Ewald-Hamburg.

104) **Ludloff.** Breslauer chirurgische Gesellschaft, 13. XII. 1909. (Berlin. klin. Wochenschr. 1910, Nr. 3.)

Demonstration eines Modells für das Studium der vertikalen und horizontalen Extensionswirkung auf den Oberschenkel. Das



Modell besteht aus Holzstäben, die miteinander artikulieren. Die Muskeln sind durch unelastische Schnüre angedeutet, die ad maximum gespannt sind, wenn der Oberschenkel im Hüftgelenk, der Unterschenkel im Kniegelenk gestreckt und der Fuss rechtwinklig dorsalflektiert ist. Durch ein Rollensystem kann die künstliche Extremität sowohl horizontal als auch vertikal, während sie im Hüft- und Kniegelenk rechtwinklig gebeugt ist, extendiert werden.

Wird nun am Oberschenkel im unteren Drittel eine Fraktur gesetzt, so gelingt es nicht, durch horizontale Extension die Achsen der beiden Fragmente gleichzustellen, es bleibt immer eine Winkelstellung. Dagegen gelingt dies ohne weiteres bei vertikaler Extension bei rechtwinkliger Beugung des Hüft- und Kniegelenks.

Tietze hat die sich daraus ergebende Extensions-Methode praktisch an einem Oberschenkelbruch angewandt. Die Verkürzung von $5^1/_2$ ctm. liess sich ohne Schwierigkeit ausgleichen, doch rutschten schliesslich die Extensionsstreifen ab, sodass T. zur Nagelextension überging.

Partsch stimmt Ludloff zu. Er habe Ober- und Unterschenkel in Beugestellung auf eine Gipsschiene gelagert und an dem Oberschenkel den Zug wirken lassen. Die Resultate waren namentlich bezgl. Festigkeit und Beweglichkeit des Kniegelenks erheblich bessere, als bei der horizontalen Extensionsmethode.

Ewald-Hamburg.

105) **Rich. Levy.** Breslauer chir. Gesellschaft. 13. XII. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 3.)

Eine 16jähr. Patientin zog sich durch Fall eine Absprengung des Condyl. ext. tibiae und einen Abbruch des Condyl. int. zu. Das äussere Fragment hatte jede Berührung mit dem Femurkondylus verloren, so dass man auf eine Luxationsstellung des Unterschenkels infolge Fraktur folgern musste. Da die Fraktur schon 7 Wochen zurücklag und ein operativer Eingriff eventuell zu einem noch schlechteren funktionellen Resultat (Versteifung oder Schlottergelenk) führen konnte, wurde die erst 16jähr. Patientin nur mit Massage, Medikomechanik, entlastendem Apparat behandelt. **Ewald**-Hamburg.



nach Typhus. — 30) **Judet**, Gelenktransplantation. — 31) **Frangenheim**, Arthrodese durch Knochenbolzung. — 32) **Heil**, 153 Fälle von Tuberkulinreaktion auf Haut und Auge. — 33) **Heeger**, Fibrolysin bei ankylosierenden Gelenkerkrankungen. — 34) **Hayn**, Thiosinaminvergiftung. — 35) **Flath**, Gipsbindenwickelmaschine. — 36) **Freiberg**, Technik beim Umlegen von Gipsbinden. — 37) **Vulpius**, Wert des orthopädischen portativen Apparates. — 38) **Bramann**, Balkenstich bei Hydrocephalus. — 39) **Binet** und **Trénel**, Kopftetanus. — 40) **Böhm**, Form der Wirbelsäule. — 41) **Vas**, Lordotische Albuminurie. — 42) **Buccheri**, Chirurgische Eingriffe bei Spina bifida. — 43) **Redard**, Wirbelsäulenverletzungen durch Betriebsunfall. — 44) **Tubby**, Ueber Asymmetrie der beiden Körperhälften. — 45) **Reichel**, Aetiologie der kongenitalen und juvenilen Skoliose. — 46) **Schmidt**, Orthopädische Turnkurse an Schulen. — 47) **Adams**, Gipsverbände bei schweren Skoliosen. — 48) **Lilienfeld**, Schulterblatthochstand und Schiefhals bedingt durch Muskelkontraktur. — 49) **Luft**, Luxatio humeri congenita. — 50) **Lucas-Championnière**, Frakturen des oberen Humerusendes. — 51) **Franke**, Epicondylitis humeri. — 52) **Bernhardt**, Bemerkungen zu F.'s Aufsatz (51). — 53) **Momburg**, Periostitis am Epikondylus humeri. — 54) **Franke**, Epikondylitis humeri. (Bemerkungen zu Bernhardts und Momburgs Aufsatz (52 und 53.) — 55) **Teske**, Verband des Radiusbruches mit Stärkebinde. — 56) **Müller**, Gipsverband bei Radiusbruch. — 57) **Hastings**, Massage bei Radiusfraktur. — 58) **Malleman**, Madelungsche Deformität. — 59) **Richter**, Verletzung des Nerv. medianus und Lähmung der Hand. — 60) **Stassen**, Verletzungen der Finger und die Unfallgesetzgebung. — 61) **Bähr**, Hand- und Fingergelenk-Mobilisierungsapparat. — 62) **Stieda**, Coxa valga rachitica. — 63) **Meyer**, Mobilisierung ankylosierter Hüftgelenke. — 64) **Tomschke**, Willkürliche Luxation in beiden Hüftgelenken. — 65) **Black**, Blutige und unblutige Behandlung irreponibler traumatischer Hüftluxationen. — 66) **Thompson**, Kongenitale Hüftgelenksluxation. — 67) **Davis**, Schienenhülsenapparat bei Hüftluxation. — 68) **Peltesohn**, Lähmungen nach unblutiger Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. — 69) **Reiner**, Osteoklase als Vorakt der Luxationsbehandlung. — 70) **Chichester**, Riss beider Quadricepssehnen. — 71) **Bentzen**, Zwillingspaar mit angeborener Kniegelenksverrenkung. — 72) **Joachimsthal**, Willkürliche Kniegelenksluxation. — 73) **Gangolphe** und **Thévenet**, Distorsion des Kniegelenks. — 74) **Bordier**, Physikalische Therapie bei chronischen Arthritiden. — 75) **Lehr**, Resektionsdeformität des Kniegelenks. — 76) **De Frenelle**, Apparat zur Behandlung von Unterschenkelfrakturen. — 77) **Scharff**, Kongenitaler Defekt der Fibula. — 78) **Peltesohn**, Tibia recurvata nach Coxitis. — 79) **Goldbladt**, Intermittierendes Hinken. — 80) **Stevenson**, Partieller Riesenwuchs. — 81) **Quénu** und **Küss**, Metatarsusluxationen.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 82) **Martius**, das pathogenetische Vererbungsproblem. — 83) **Kohlmeyer**, Polydaktylie. — 84) **Stühmer**, Syphilis bei chronischen Gelenkerkrankungen. — 85) **Willner**, Chronischer fibröser Gelenkrheumatismus. — 86) **Morian**, Exostosenbildung. — 87) **Schuster**, Multiple Exostosen. — 88) **Morian**, Myositis ossificans. — 89) **Martius**, Ueber spinale Kinderlähmung. — 90) **Delbet**, Littlesche Krankheit. — 91) **Weil**, Wirbelsäulenverletzung, Haematomyelie und Syringomyelie. — 92) **Ottendorff**, Lichtbilder sämtlicher Skoliosenformen. — 93) **Picqué**, Ileosakralgelenk wegen Tuberkulose. — 94) **Ludloff**, Doppelseitige habituelle Schulterluxation. — 95) **Toubert**, Habituelle Schulterluxation. — 96) **Jerusalem**, Luxation der Nervi ulnares. — 97) **Kohlmeyer**, Handgelenkstuberkulose. — 98) **Berard**, Frakturen des os triquetum und os lunatum. — 99) **Whitman**, 6 Fälle von traumatischer Epiphysenlösung. — 100) **Collier**, Angeborene Hüftluxation. — 101) **Joachimsthal**, Angeborene Hüftverrenkung im Säuglingsalter. — 102) **Voeckler**, Tuberkulöse Karies des Collum femoris. — 103) **Gouilloud**, Exartikulation der Hüfte. — 104) **Ludloff**, Modell für das Studium der Extensionswirkung auf den Oberschenkel. — 105) **Levy**, Luxationsstellung des Unterschenkels.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **August 1910.** **Heft 8.**

Oskar Vulpius. Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung. (Leipzig 1910, Georg Thieme. 276 Seiten mit 243 Abbildungen. Preis 11 Mk.)

Da seit Heine's monographischer Darstellung des Leidens im Jahre 1840 kein grösseres Werk über die spinale Kinderlähmung mehr erschienen ist, für die Therapie sich aber gerade in letzter Zeit neue Bahnen eröffnet haben, so ist mit einer zusammenfassenden Erörterung aller modernen therapeutischen Bestrebungen eine Lücke in der Literatur ausgefüllt. Dass gerade ein Mann, der zu den besten Kennern und erfolgreichsten Arbeitern auf diesem Gebiete zählt, sich entschlossen hat, diese Lücke auszufüllen, ist besonders zu begrüssen. Der Hauptwert ist bei der Darstellung auf die orthopädische Behandlung der Folgezustände der spinalen Kinderlähmung gelegt. Dem Fachgenossen ist im Wesentlichen alles Wissenswerte in klarer und präziser Form geboten. Dass der Verf. vielfach seinen persönlichen Standpunkt hervortreten lässt, wo er in der Lage ist, über eigene, reiche Erfahrungen zu berichten, kann dem Buch nur zum Vorteil gereichen. Der Stoff zerfällt in einen allgemeinen und in einen speziellen Teil. Für den modernen Therapeuten ist besonders von Interesse die Besprechung der Lähmungschirurgie, speziell der Nervenüberpflanzung. Was letztere betrifft, so wird Verf. dem Verdienste Spitzy's gerecht. Ferner schildert er ausführlich die Untersuchungen Stoffel's, in dem Verf. einen vorzüglichen Mitarbeiter auf diesem Gebiete gefunden hat. Die Operationstechnik ist im speziellen Teil nirgends vernachlässigt. Es ist nur für den, der das Buch als Nachschlagebuch und zum Lernen benutzen will,

manchmal nicht leicht möglich, sich über den Gang der blutigen Operationen schnell zu orientieren. Es hätte sich vielleicht empfohlen, die Technik in eigenen Kapiteln oder in Rückblicken, wie dies z. B. für die Schulterarthrodese geschehen ist, mehr hervorzuheben, umsomehr als die orthopädische Literatur noch immer auffallenden Mangel an guten Operationslehren, was blutige Operationen betrifft, aufweist. Hervorzuheben ist noch der Reichtum an guten Abbildungen und die sorgfältige Ausstattung durch den Verlag.

J. Riedinger-Würzburg.

L. Brehme. Hausgymnastik gegen Haltungsfehler, Rückgratverkrümmungen und andere orthopädische Leiden. (Mit 174 Abbild. Leipzig 1910. Max Hesse. Preis 3 Mk.)

Die neuerdings akut gewordene Frage, ob die Schule Skoliosentherapie treiben soll, wird von den meisten Orthopäden heute verneint. Das vorliegende Buch aber, aus der Feder eines früheren „technischen Assistenten“ an der Schildbach'schen orthopädischen Heilanstalt und an der orthopädischen Universitätspoliklinik in Leipzig stammend, will in die Schule und vor allem in das Haus die Skoliosenbehandlung verlegen.

Die Behauptung, dass alle Verkrümmungen zu Hause behandelt werden können, muss energischen Widerspruch erfahren, wie überhaupt die Tendenz der Broschüre, welche eine Anleitung zur Beurteilung und Behandlung von Verkrümmungen durch Laien geben will.

Es soll indessen nicht bestritten werden, dass die von dem praktisch erfahrenen Verfasser beschriebenen und abgebildeten Übungen im ganzen zweckmässig sind und vor allem den Vorteil haben, mit einfachen Hülfsmitteln ausführbar zu sein. Es muss auffallen, dass der Verfasser, der doch offenbar kein Arzt ist, sich selber als früheren I. Assistenten der Leipziger Universitätspoliklinik bezeichnet, dass er von seinen Verordnungen eines portativen Apparates, eines Lagerungsapparates spricht. Peinlich berührt auch das Reklametitelblatt „Vorher, nachher“.

Vulpius-Heidelberg.

Lubinus (Kiel). Lehrbuch der Massage. (Mit 69 Abbild. Wiesbaden 1910. J. F. Bergmann. Preis 2.40 Mk.)

Wer in die Lage kommt, Laien in Massage zu unterweisen, hat bisher ein kurzgefasstes Lehrbuch in gemeinverständlicher Darstellung vergebens gesucht. Lubinus, der eine staatlich genehmigte Bildungsanstalt für Heilgymnastinnen in Kiel eingerichtet hat, hilft

diesem Bedürfnis durch das vorliegende kleine Buch ab. Das Vorwort gibt einige historische Daten und präzisiert den bejahenden Standpunkt des Verfassers hinsichtlich der Frage der Laienmassage.

Der erste Hauptabschnitt beschäftigt sich mit dem Bau des menschlichen Körpers und der Funktion seiner Organe. 37 Abbildungen veranschaulichen den an sich schon sehr klaren Text. Nur die Illustration des Nervensystems wirkt wohl mehr verwirrend als verdeutlichend.

Es folgt im zweiten Teil die Technik der Massage und ihr Einfluss auf den menschlichen Körper und zwar zunächst die Beschreibung der Handgriffe im allgemeinen und ihre physiologische Wirkung, dann die Massage der einzelnen Körperteile. Die zahlreichen Originalbilder sind vorzüglich gewählt.

Vielleicht wäre ein Schlusskapitel über Indikationen und Kontraindikationen der Massage doch von Nutzen, obwohl L. mit vollem Recht im Vorwort betont, dass die Diagnose der Krankheit sowie die Bestimmung, wann, wo und wie die Massage gebraucht werden darf, Sache des Arztes ist.

Das willkommene Buch ist bei vorzüglicher Ausstattung äusserst billig, eine rasche Verbreitung ist ihm wohl gesichert.

Vulpius-Heidelberg.

---

1) **Joel E. Goldthwait** (Boston). The relation of posture to human efficiency and the influence of poise upon the support and function of the viscera. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. Nr. 3.)

Zergliederung der aufrechten Stellung des Menschen, namentlich bezügl. des Muskelgleichgewichts und der Zweckmässigkeit des aufrechten Ganges für die Brust- und Bauchorgane. Die Lagebeziehung der inneren Organe zu den Knochen und Muskeln als Halt- und Stützpunkte erscheint dem Verf. wichtig genug, dass er an Gefrierschnitten (Dwight) die wechselnden Verhältnisse in der Höhe der einzelnen Wirbel genau mitteilt. Man erkennt daran, dass die hintere Wand der Bauchhöhle um so stärker wird (durch Vermehrung der Muskel- und Knochenmassen!), je tiefer die Transversalschnitte herabreichen. Daher müssen denn auch die schwereren Organe (Nieren, Leber), zumal sie gleichzeitig in der hinteren Körperhälfte gelegen sind, mehr gestützt werden.



An griechischen und modernen Bildwerken, sowie an normalen Lebenden wird gezeigt, wie die aufrechte Ruhehaltung bei geringster Muskelbeanspruchung die grösste Kraft und Geschicklichkeit in Wirksamkeit treten lassen kann und zugleich keines der inneren Organe in seiner Funktion behindert.

Und doch wird diese gute Haltung, die aus Gründen der Ästhetik sowohl wie des geringsten Kraftverbrauchs zu wünschen ist, heute so selten angetroffen. Ein Teil der vielen inneren Erkrankungen lässt sich durch die unzweckmässige Haltung erklären. So wirkt die Vorbeugehaltung auf die Lungen, Herz und Eingeweide schädigend ein. Jede Stellungsveränderung eines Teils der Wirbelsäule (z. B. runder Rücken), wirkt auf die Spannkraft des ganzen Körpers, der Muskulatur, des Nerven- und Zirkulationssystems.

Der Arzt sollte auf diesen Allgemeinzustand bei der Behandlung von einzelnen Organerkrankungen gang besonders achten: bei Lungentuberkulose z. B. sollte er die schlechte Haltung der Brustwirbelsäule zu beseitigen suchen. Aehnlich ist es mit der Behandlung von Unterleibserkrankungen oder Enteroptose oder Wanderniere: oft wird nur durch Aenderung der Haltung mit oder ohne Lokalbehandlung eine dauernde Heilung zu erreichen sein.

Zur Korrektion der Haltung gehört auch die Sorge für vernünftige Kleidung (Korsettunfug!).

G. verspricht sich viel von der Aufklärung des (kranken) Publikums. Es sollte lernen, dass die aufrechte Haltung mit »Schultern zurück« die leichteste, am wenigsten ermüdende Stellung ist. Ja, die Fürsorge des Arztes soll sich sogar auf die Nachtruhe der Kranken und Gesunden erstrecken: während des Liegens soll die physiologische Lendenlordose durch ein Kissen, noch besser durch eine nachgiebige Matratze gewahrt bleiben.

Ewald - Hamburg.

2) **Augustus Thorndike** (Boston). Some notes on malformations. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. Nr. 3.)

Von den 3 heute gültigen Theorien (Heredität, mechanische Einflüsse, Entwicklungshemmung) passt keine auf alle Entstehungen der Missbildungen. Die Theorie der Entwicklungshemmung ist neuerdings durch biologische Versuche gestützt worden. An Seeigel-, Fisch- und Froschembryonen konnten durch Wechsel der Temperatur oder des Salzgehalts der umgebenden Flüssigkeit immer dieselben Deformitäten (z. B. Anencephalus, Spina bifida, Defekte im Zentralnervensystem) dargestellt werden. So könnte man sich auch



denken, dass bei den Säugetieren Drogen oder Salzlösungen durch die Plazenta in die Amnionhöhle gelangen und so zu Missbildungen Anlass geben, wie ja diese auch durch mangelhafte Ernährung (häufig bei Tubargravidität beobachtet!) vorkommen können.

Mall fand in der John Hopkins-Universität unter 464 Embryonen 163 abnorme, davon 48 mit einfachen oder multiplen Deformitäten behaftet, die auch beim lebenden Neugeborenen bekannt sind (Stümpfe der Extremitäten, Beinverkürzung, Klumpfuss, Spina bifida). — Bei den Klumpfüssen (6—8 Wochen alte Embryonen!) wurde mikroskopisch eine Art Entzündung, Zellinfiltration um die Knorpel und an den Sehnen bemerkt.

Ewald - Hamburg.

3) **Fr. Grahl.** Multiple amniogene Missbildungen mit eigentümlicher Geschwürsbildung. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 66 Bd. 1. Hft. p. 24.

Ein Fall von Syndactylie, Klumpfussbildung und Aplasie des anderen Fusses durch amniotische Abschnürung. Durch die Schnürfurche an dem einen Unterschenkel war es zu einer Erkrankung sämtlicher Arterien (Muscularishypertrophie) unterhalb davon gekommen und dadurch zu weitgehenden regressiven Veränderungen in der Muskulatur und zu Neigung zu Geschwürsbildung. Das schon Jahrzehnte bestehende Geschwür ist daher als lokale Gangrän, nicht als trophoneurotische Störung anzusehen. **Balsch**-Heidelberg.

4) **E. Bode** und **E. Fabian.** Ueber die Transplantation freier und konservierter Gefässe. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 66. Bd. 1. H. p. 67.)

Die Verfasser kommen bei ihren interessanten Versuchen zu folgenden Resultaten: Frei transplantierte Gefässe bleiben Monate lang in ihrer Struktur erhalten. Ebenso lassen sich im Eisschrank bei 0° bis + 1° aseptisch konservierte Gefässstücke erfolgreich transplantieren. Die Aufbewahrung darf jedoch nicht über 35—50 Tage dauern.

Es muss besonders betont werden, dass es bei den konservierten Gefässen nur in einer kleinen Anzahl gelungen ist, sie für den Blutstrom durchgängig zu halten, meist trat Thrombose ein, die praktisch chirurgische Verwertbarkeit konservierter Gefässe ist daher wohl sicher sehr beschränkt. **Balsch**-Heidelberg.



5) **Läwen.** Zur Kenntnis der Wachstumstörungen am Kretinenskelett. (D. Z. f. Chir. 101. Bd. 5.—6. H. p. 454.)

Dass bei Kretinen am Sklett Wachstumstörungen und Verzögerungen der Ossifikation an den Epiphysenfugen vorkommen, ist durch frühere Arbeiten (bes. Bircher und v. Wyss) erwiesen worden. Auch Verf. konnte bei seinen 2 untersuchten Fällen Verzögerung der Ossifikation an den Epiphysenfugen und verspätetes Auftreten von Knochenkernen in verschiedenem Grade, zum Teil bis zu 5 Jahren feststellen. Besonders auffallend war der Befund an den Hüftgelenken der einen Patientin, hier handelt es sich um eine ganz unregelmässige Ossifikation der Femurkopfepiphysen. Andere Ursachen für die Entstehung der unregelmässigen Ossifikation als der Kretinismus waren auszuschliessen. **Baisch**-Heidelberg.

6) **N. Petsalis** (Athen). Einiges über die Zwerge. (Ιατρικο Μηνύτωρ 1909 åed. 5—6.)

P. unterscheidet mit Hergott die physiologischen Zwerge, von denen schon Herodot am Nil, und Schweinfurth im Haut-Congo berichten, und die pathologischen. Letztere teilt er, in aetiologischer Hinsicht, in die von Myxoedem, von Achondroplasie und Rachitis befallenen. Er beschuldigt für alle diese Arten toxisch-miasmatische Ursachen, die die angeborenen Skelettdeformitäten bei ihnen hervorrufen. P. beschreibt einen 51jährigen, 90 cm grossen und 20 Kilo schweren Zwerg, dessen untere Extremitäten 40 cm und die oberen 38½ cm lang waren und an dem der Isthmus der Thyreoidea zu fühlen war.

Er reiht diesen Fall dem Myxoedem ein, jedoch in Verbindung mit dem kindlichen Typus des Zwergtums, infolge der grossen Kleinheit der Genitalorgane (erigierter Penis 2 cm lang) und das Fehlen jeder Behaarung am Rumpf. **Chrysospathes**-Athen.

7) **P. W. Nathan** (New-York). The nature, diagnosis and treatment of metabolic osteo-arthritis. (Amer. journ. of the medic. sciences 1909, Juni.)

N. teilt die Gelenkerkrankungen ein in infektiöse und degenerative, und zwar in primär synoviale und primär ossäre Formen (Arthritis und Osteoarthritis).

Er beschreibt ausführlich das Krankheitsbild und die Pathologie der Stoffwechselosteoarthritis. — Schon in sehr frühen Stadien tritt die Muskelatrophie in Erscheinung, und zwar so hochgradig und schnell, dass man an eine Lähmung denken könnte. Sehr bald



auch Gelenksteifigkeit, zuerst nur am Morgen, später dauernd, ferner Schmerzen, aber nicht immer und nicht konstant. Sehr charakteristisch ist die knotenförmige, manchmal auch spindelförmige Gelenkschwellung (Verdickung der Kapsel resp. Erguss, der bei der Immobilisierung meist schwindet.) Durch Muskelkontraktion und Knochendestruktion kommt es zur Deformität (z. B. Fingerkontraktur in Beugestellung der Mittel- und Hyperextension der Endgelenke, auch zu seitlichen Deviationen u. s. w.).

Die Diagnose ist aus der Deformität der Finger, vorausgesetzt, dass diese befallen sind, ferner aus dem Verlauf der Erkrankung und aus den Röntgenbildern leicht zu stellen.

Die Krankheit ist polyartikulär und symmetrisch, beginnt zuerst in den peripheren Gelenken und zwar ganz allmählich, verhält sich progressiv. Zu Anfang tritt die knotenförmige Schwellung bei nicht nennenswert beschränkter Beweglichkeit auf (bei Kindern immer). Das Röntgenbild zeigt schon früh Rarefikation gerade unterhalb des Gelenkknorpels. Diese Rarefikationen werden später stärker, so dass es zu vollständigen Destruktionen kommt und u. A. die ganze Epiphyse verschwinden kann. Nie kommt es jedoch zu Proliferationen (wie bei der senilen oder neurotischen Osteoarthritis), nie zu Ankylosen (wie nach der Polyarthritis infectiosa). Allerdings können die erweichten Gelenkenden infolge Belastung breitgedrückt werden, man darf diese Verbreiterungen aber nicht für Excrescenzen halten. 40 Gelenke von 6 Verstorbenen konnte N. pathologisch-anatomisch untersuchen. Er glaubt, dass primär weder Knorpel noch Synovialis ergriffen sind, sondern der subchondrale Knochen der Epiphyse (Erweichung, rotes Mark, Atrophie, Cysten- und Bindegewebsbildung im Mark).

Bei eingetretener Versteifung der Gelenke kann der Knorpel, ohne sich zu verändern, mit Bindegewebe von der Kapsel her überzogen werden, und es kann so zu einer fibrösen Ankylose kommen. Diese ist aber nur durch die Immobilisation des Gelenks bedingt. Erst sekundär tritt Auffaserung, Ulzerierung, ja völliger Schwund des Knorpels wegen der schlechten Ernährung von der Epiphyse her ein. Die Risse und Löcher im Knorpel werden mit dem Bindegewebe der degenerierenden Spongiosa ausgefüllt. In den Endstadien ist der Knorpel fast völlig durch schlaffes Bindegewebe ersetzt. Dieses zeigt keine grosse Neigung, das Gelenk zu versteifen; die Bewegungsbeschränkung rührt nur von der Muskelkontraktion her und verschwindet nach der Tenotomie. — Die Kapselveränderungen sind sehr gering.



Mikroskopisch handelt es sich um osteomalacische und osteoperiostitische Prozesse. Durch Resorption der Grundsubstanz und Vergrösserung der Knochenzellenhöhlen entstehen die Cysten. Das Knochenmark degeneriert und wird zum grössten Teil durch Bindegewebe ersetzt. Der Knorpel zeigt alle Merkmale der Degeneration.

Handelt es sich nun um eine lokale oder eine Konstitutionskrankheit? Oft ist nichts weiter als eine leichte Anaemie zu bemerken, manchmal tritt die Gelenkaffektion schnell und unter Kachexie auf; manchmal gehen Tachykardie und nervöse Symptome nebenher. Bei Kindern wird eine fast alle Gelenke ergreifende, mit Fieber, Drüsen- und Milzschwellung einhergehende Gelenkaffektion als Stillsche Krankheit beschrieben.

Bei Erwachsenen entsteht sie allmählich, ergreift zuerst die peripheren Gelenke, dann die anderen der Extremitäten und des Rumpfes. Alle diese Momente sprechen für eine Stoffwechsel-Erkrankung. Schuld scheinen alle Erkrankungen und Zustände sein zu können, die den Körper kachektisch machen; also schon eine verkehrte Ernährung, häufiger aber ernstere Erkrankungen (z. B. Tuberkulose).

Die Prognose ist quoad sanationem completam schlecht.

Bzgl. der Behandlung hat N. gutes von dem Thymusextrakt (in Tabletten, monatelang) gesehen. Dadurch hob sich der Allgemeinzustand und die Gelenkerkrankung kam zum Stehen.

Nachher passive Bewegungen (keine Massage), Tenotomie der Beuger. Sehr wichtig ist es, den Patienten überhaupt auf die Beine zu bringen. Die Behandlung ist mühevoll und erfordert Geduld. Besserungen sind aber immer zu verzeichnen. **Ewald**-Hamburg.

8) **Tsunoda.** Experimentelle Studien zur Frage der Knochenbildung aus verlagerten Periostosteoblasten. (Virchows Archiv, Bd. 200, H. 1, S. 93—100. 1910.)

Angeregt durch eine Arbeit Takatas, der unter Ribbert, welcher bis vor kurzem parostale Knochenbildung durch Metaplasie leugnete, die Bildung von Knochen ohne Zusammenhang mit Periost durch auswandernde Periostosteoblasten zu begründen suchte, stellte unter Orth Tsunoda zwei Versuchsreihen mit je 40 Einzelversuchen bei möglichst jungen und kräftigen Kaninchen an: In die Muskulatur des proximalen Teils der vorderen oder hinteren Extremität wurden vom Periost der Tibia oder des Radius implantiert: das eine Mal fein zerzupfte Fetzen, das andere Mal Schabsel der inneren Fläche, die, wie mikroskopisch kontrolliert wurde, nur aus isolierten Osteo-



blasten bestanden. In der ersten Reihe entwickelten sich in 6 von 40 Fällen — also in nur 15 % — innerhalb 2 Wochen Knorpel- und Knochenherdchen von der Grösse eines Nierenglomerulus bis zu einem Hirsekorn.

In der zweiten Reihe ergab die Nachschau nach 1, 2, 3, 4, 5, 6 Wochen stets ein negatives Resultat.

„Während also die erste Versuchsreihe für die Möglichkeit sprach, dass auch kleinste, traumatisch abgesprengte und verlagerte Periostfetzchen noch imstande sind, selbständig Knochen und Knorpel zu bilden, hat die zweite Reihe gar keinen Anhaltspunkt dafür gegeben, dass auch ganz isolierte Osteoblasten noch zu solcher Leistung befähigt wären. Selbstverständlich kann damit die Möglichkeit, dass innerhalb des menschlichen Körpers aus weiter gewanderten Osteoblasten Knochen entstehen könnte, nicht als widerlegt gelten."

Pol-Heidelberg.

9) **W. Bittner** (Brünn). Ueber Knochenplastik nach Resektionen an langen Röhrenknochen. (Zentralblatt für Chir. 1910. Nr. 16.)

Bei einem 13jähr. Mädchen wurde wegen Sarkom das untere Drittel der Tibiadiaphyse (ohne Epiphyse) entfernt und durch die Hälfte des oberen Diaphysenteils der Tibia ersetzt. Das Periost wurde sorgfältig geschont, das obere breitere Ende des Knochens kam in die Malleolargegend zu liegen. Ausfüllen der Wundhöhle mit Mosetig's Jodoformplombe. Gipsverband. Nach 6 Wochen Gehen im Gipsverband. Später wurden die Plombe und einige Sequester ausgestossen, der implantierte Knochen heilte aber im Ganzen ein, die untere stehengebliebene Tibiaepiphyse beteiligt sich am Knochenwachstum, nachdem sie sich erholt hat. Das Kind kann gut laufen und ist rezidivfrei.

Ewald-Hamburg.

10) **Froelich** (Nancy). Traitement des pseudarthroses congénitales. (Rev. d'orthop. 1910. 1.)

Neun Krankengeschichten. In 5 Fällen war die Tibia nur inkurviert und man sah dreimal auf Röntgenbildern deutlich an der Stelle des Krümmungsscheitels eine helle, wenig verkalkte Knochenzone, die demnach einer Gewalt weniger Widerstand entgegensetzen kann, so dass es u. U. auch nach der Geburt noch zu der Pseudarthrose kommt. Viermal versuchte F. die Pseudarthrose zur Konsolidation zu bringen und zwar einmal, nachdem Immobilisation, Anfrischung, Naht und Bluteinspritzung ohne Erfolg ge-



blieben war, durch Überpflanzung eines Periostknochenstückes aus der gesunden Tibia und durch Aushöhlung der Knochenmarkshöhle der Tibiafragmente. Hier war in 4 Monaten völlige Heilung eingetreten. In den anderen Fällen ist die Operation misslungen, oder die Fälle sind noch zu frisch, um Sicheres sagen zu können.

Ewald-Hamburg.

11) **E. Graser** (Erlangen). Die Kalkaneuszange nach von Heineke, ein Vorläufer der Nagelextension zur Behandlung von Knochenbrüchen. (Münchener med. Woch. 1910. 13.)

Um während der Anlegung des Gipverbands am frakturierten Unterschenkel einen permanten kräftigen Zug ausüben zu können, bediente sich Heinecke eines Instrumentes, das völlig der Geburtszange gleicht, nur an den Fassbranchen zwei kräftige lange Haken trägt, die durch die desinfizierte Haut in das Tuber calanei eingesetzt werden. Graser hat diese Extension mit der Kalkaneuszange in vielen Fällen mit gutem Erfolge angewandt.

Ewald-Hamburg.

12) **Charles Ogilvy** (New-York). The early diagnosis of tubercular joint disease. (The postgraduate 1910. 1.)

An der Hand von 3 Krankengeschichten wird die Differentialdiagnose zwischen tuberkulöser Entzündung und traumatischer, rheumatischer Gelenkaffektion besprochen, sowie die Anomalien bei Rachitis, Kinderlähmung, Skorbut, Osteomyelitis gekennzeichnet.

Ewald-Hamburg.

13) **Iselin** (Basel). Von der Behandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose mit Röntgenlicht. (D. Z. f. Chir. 103. Bd. 3—6. H. p. 483.)

Verf. veröffentlicht seine interessanten Versuche, die er seit 2 Jahren an der Baseler chirurg. Klinik mit der Röntgen-Behandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose angestellt hat. Um eine Tiefenwirkung zu erzielen, wurden möglichst harte Röhren verwendet und die Strahlen noch durch ein aufgelegtes 1 mm dickes Aluminiumblech filtriert, d. h. es wurden dadurch die weichen hautschädigenden Strahlen aufgehalten. Es wurde zu Beginn der Behandlung mit kurzen Pausen 3—4 mal, jeweils von einer anderen Stelle aus belichtet und zwar immer mit einer vollen Dosis, die nach dem Jabourandschen Verfahren bestimmt wurde. Solche Sitzungsreihen wurden frühestens nach 3—4 Wochen wiederholt.



— Durch die Bestrahlungen traten narbige Schrumpfungen in den Gelenken auf, kalte Abszesse sind wiederholt verschwunden. Besonders geeignet erschienen die fungösen geschlossenen Gelenkstuberkulosen. Ueber die patholog. anatomischen Veränderungen fehlen noch jegliche mikroskop. Untersuchungen. — Die Erfolge, die Verf. erzielen konnte, waren folgende: Bestrahlt wurden 41 Fälle davon sind geheilt 24, gebessert 6, ungebessert 1, noch in Behandlung 10. In 4 Fällen trat Recidiv auf. Einzelheiten der genau beschriebenen Technik sind im Original nachzulesen.

Balsch-Heidelberg.

14) **Grunspan** u. **Faroy** (Paris). Traitement des complications articulaires de la blénorrhagie par l'air chaud. (Gaz. des hôp. 1910. Nr. 26.)

Unter Anführung von 9 Krankengeschichten berichten die Verf. über ihre ausgezeichneten Erfolge, die sie bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen mit der Heissluftherapie erzielt haben. In kurzer Zeit (2—3 Tagen) waren die akuten Gelenkschwellungen mit den enormen Schmerzen verschwunden und eine Ankylose trat nicht auf. Kamen die Patienten erst später — d. h. schon mit Versteifungen — in Behandlung, so konnte gleichfalls, allerdings erst in einem längeren Zeitraum, die Funktion erheblich gebessert, wenn nicht wiederhergestellt werden. **Ewald**-Hamburg.

15) **E. E. Goldmann** (Freiburg i. B.). Zur Exzision von freien Gelenkkörpern. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 12.)

Um zu verhindern, dass eine einmal gefundene und fixierte Gelenkmaus bei der Desinfektion wieder entschlüpft und man später vergeblich danach sucht, spiesst G. den Körper mit einer ausgeglühten Nadel perkutan an und exzidiert ihn dann. Auch vor dem Röntgenschirm kann man zweckmässig die Anspiessung vornehmen. **Ewald**-Hamburg.

16) **Lexer** und **Baus** (Königsberg). Ueber Muskelhernien. (Münch. med. Woch. 1910. 10.)

Man hat zu unterscheiden zwischen Hernien des unverletzten Muskels und des teilweise zerrissenen. Wie Tierversuche und Versuche bei Operationen am Menschen ergaben, kann ein Muskelbruch des unverletzten Muskels nur vorliegen, wenn aus einem fühlbaren Fascienspalt im Ruhezustand eine Muskelwulst hervortritt, welcher bei der Kontraktion verschwindet. Vermehrt sich jedoch der Muskelwulst bei der Kontraktion, so liegt entweder eine reine Muskel-



zerreissung vor oder dazu ausserdem eine Fascienverletzung (Bruchpfortenwand ist zu fühlen). Therapeutisch sind diese Tatsachen von Wichtigkeit: muss man wegen einer Funktionsstörung infolge Muskelriss oder -hernie operieren, so darf man sich nicht mit der Fasciennaht begnügen, sondern muss auch die Muskelstümpfe durch Naht oder Transplantation (ev. freie Sehnentransplantation) vereinigen.

Ewald-Hamburg.

17) **R. W. Lovett** (Boston). The occurrence of infantile paralysis in Massachusetts in 1908. (Boston, Med. and surg. journ. 1909. Juli.)

Auf eine Rundfrage an sämtliche Aerzte wurde über 136 Fälle (1907 234) berichtet. Die Zahlen der Cerebrospinalmeningitis waren für 1908 183, für 1907 444 Fälle. Das Alter der Patienten war meist ein bis zwei Jahre. Meist Fieber, Konvulsionen, oft Erbrechen, Schmerzen in den gelähmten Gliedern. Die Lähmung war meist 2—4 Tage nach Beginn der Erkrankung sichtbar. 4 Todesfälle (Atemlähmung). L. erwartet viel von einer Untersuchung des Stuhlgangs in frischen Fällen.

Ewald-Hamburg.

18) **H. C. Emerson** (Springfield). An epidemie of infantile paralysis in Western Massachusetts in 1908. (Boston med. and surg. journ. 1909. Juli.)

Statistische Mitteilungen über 96 Fälle von Kinderlähmung. Interessant ist der Bericht über die Ansteckungen: nur siebenmal konnte eine Uebertragung nachgewiesen werden (Inkubation 1—3 Wochen). Viel öfter blieben aber die Geschwister von Kindern, die an Poliomyelitis erkrankt waren, gesund; es wurden 252 Kinder gezählt, die mit 67 Fällen in Berührung gekommen waren. Die Poliomyelitis ist eine Infektionskrankheit, aber nur wenig kontagiös. Der Erreger scheint in den meisten Fällen durch den Darm einzutreten, ob direkt oder vermittels der Nahrung, ist nicht zu sagen.

Ewald-Hamburg.

19) **Simon Flexner** und **Paul A. Lewis** (New-York). Experimental epidemic poliomyelitis. (Arch. of pediatrics 1910. 2.)

Verf. konnten das Poliomyelitisvirus, das aus dem Rückenmark eines an Kinderlähmung zu Grunde gegangenen Kindes stammte, erfolgreich auf eine Reihe von 8 Affen übertragen. Es war gleich, ob die Injektion in das Gehirn, in die Bauchhöhle, Gefässe oder subkutan geschah. — Sie konnten das Virus 7 Tage in Glycerin aufheben und es blieb am Leben; es konnten wiederum Affen serien-



weise inficiert werden. Das durch das Berkefeldfilter gegangene Filtrat brachte dieselbe Krankheit hervor. Ebenso ist das Virus im Blute eines auf der Höhe der Erkrankung befindlichen Affen enthalten, jedenfalls also auch in den anderen Organen. Es wurde 40 Tage lang einer Temperatur von —2 bis —4° C. ausgesetzt, 50 Tage lang bei einer Temperatur von +4° aufbewahrt und war noch virulent. Mikroskopisch oder kulturell dargestellt konnte der Erreger nicht werden. — Ein Affe, der die Poliomyelitis überstanden hatte, wurde nach 24 Stunden reinficiert und bekam keine neue Poliomyelitis. Affen, denen gleichzeitig in gewöhnlicher Weise das Virus intracerebral und eine andere Portion, die eine Stunde lang auf 35—37° C. erwärmt war, subkutan injiciert wurde, erkrankten an Poliomyelitis.

Die Nasenschleimhaut muss das Poliomyelitis-Gift enthalten: exzidiert, mit Quarzsand verrieben, durch ein bakteriendichtes Berkefeldfilter gepresst, rief das Filtrat typische Poliomyelitis hervor. Die Massnahmen, die in einer Epidemie zu treffen sind, ergeben sich demnach von selbst. —

Erfolglos verliefen zahlreiche Injektionen an Meerschweinchen, Kaninchen, einem Pferd, zwei Kälbern, drei Ziegen, drei Schafen, drei Schweinen, sechs Ratten, Mäusen, Hunden, Katzen. (Die Arbeit stammt aus dem Rockefeller Institut!) **Ewald**-Hamburg.

20) **Römer** und **Joseph** (Marburg). Über Immunität und Immunisierung gegen das Virus der epidemischen Kinderlähmung. (Münch. med. Woch. 1910. 10.)

Ein Affe, der eine Poliomyelitis überstanden hatte, und nach 17 Tagen wieder infiziert wurde (intrazerebral und intraperitoneal) erwies sich als nichtimmun. Dagegen überstanden andere Affen, die am 24. und 33. Tage nach der ersten Infektion reinfiziert wurden, die neue Infektion ohne Störung des Allgemeinbefindens. Da die erste Infektion in einigen Fällen sehr leicht verlief, so ergibt sich der wichtige Schluss, dass eine experimentelle Infektion mit Poliomyelitisvirus, die klinisch gar keine Erscheinungen machte, Immunität zurücklassen kann.

Verf. sind damit beschäftigt, ein ungefährliches Vaccinationsverfahren auszuarbeiten, das teils auf den oben angedeuteten Resultaten fusst, teils auf der Schutzimpfung, wie sie bei Lyssa angewandt wird.

Im Nachtrag teilen sie mit, dass sie mit dem Zeiss'schen Ultramikroskop im Berkefeldfilterfiltrat (welches das Poliomyelitis-



virus noch enthält!) äusserst kleine, rundlich-ovale Körperchen gefunden haben, die im entsprechend hergestellten Filtrat aus Gehirn und Rückenmark nicht zu finden waren. Schlussfolgerungen behalten sich die Autoren vor. **Ewald**-Hamburg.

21) **R. Kraus** (Wien). Ueber filtrierbares Virus und über das Wesen der Poliomyelitis acuta. (Med. Klin. 1910. 12.)

Das durch die Filterwand gehende Virus besteht aus sichtbaren Mikroorganismen, die aber noch kleiner sind als $^1/_{1000}$ mm. Der Nachweis des Virus gelingt jedoch nicht kulturell, sondern nur durch das Tierexperiment. Charakteristisch für dieses Virus sind auch die intracellulären Einschlüsse (z. B. bei Lyssa, Variola, Trachom). Ein solches filtrierbares Virus bedingt auch die Poliomyelitis acuta. (Affenversuche). Uebertragung von Mensch oder Affen auf Kaninchen sind K. bisher nicht gelungen, dagegen erkrankte ein Kaninchen 21 Tage nach Infektion vom Affen her an Lyssa ähnlichen Erscheinungen. (Tremor, Paresen d. Extremitäten, Paralyse, Tod in einigen Stunden.) Die Medulla und das Gehirn dieses Kaninchen auf andere junge übertragen, erwies sich als infektiös, allerdings konnte der typische Poliomyelitisbefund nicht erhoben werden. — Das Poliomyelitisvirus konnte von Flexner in Ascitesbouillon gezüchtet werden. Kr. hat durch einmalige subkutane Injektion einer karbolisierten Gehirn- und Rückenmarksemulsion von an Poliomyelitis verstorbenen Affen gesunde Affen immunisiert. Es ist auch festgestellt, dass ein einmaliges Ueberstehen der Erkrankung vor Neuinfektion schützt. Eine Schutzimpfung dürfte also auch beim Menschen möglich sein. **Ewald**-Hamburg.

22) **W. G. Spiller** und **Ch. H. Frazier** (Pennsylvania). Resektion of the posterior spinal roots for the relief of spasticity. (Univers. of Pennsilv. med. bull. 1910. Januar.)

Spiller hat die Durchschneidung der hinteren Wurzeln (Foerster) schon im Jahre 1905 empfohlen. Es wird über einen 43 jährigen Mann berichtet, der nach einer Kopfverletzung eine Lähmung beider Beine sowie Incontinentia vesicae et alvi davontrug. Während letztere nach 9 Monaten wieder verschwand, blieb die spastische Lähmung der unteren Extremitäten bestehen (Spitzfuss, Adduktorenspasmus, Sensibilitätsstörungen). Unter Rückenmarksanästhesie (Stovain) werden einseitig die sensorischen Wurzeln des V., III. und II. Lumbalnerven auf jeder Seite durchschnitten.



Der Enderfolg war der, dass Patient an einer Krücke und Stock gehen konnte, den Fuss ganz aufsetzte und die Beine abduzieren konnte. Die Operation wird genau beschrieben.

Ewald-Hamburg.

23) **Fernandez Sanz.** Tratamiento de la neuralgia del trigémino por las inyecciones de alkohol (1). (Rev. de Medic. y Chirug. pract de Madrid. 1909. Nr. 1073.)

S. bespricht die Therapie der Trigeminusneuralgien durch Alkoholinjektionen nach Schlösser und bringt selbst zwei diesbezügliche in Heilung ausgegangene Fälle von Neuralgien des 2. bezw. 3. Astes des Trigeminus bei einem 48 jährigen und bei einem 50 jährigen Manne.

Stein-Wiesbaden.

24) **Max Stransky** (Wien). Zur Technik der Abnahme der steifen Verbände. (Mediz. Klin. 1910. Nr. 5.)

St. empfiehlt das wohl den meisten Orthopäden vertraute Verfahren, Gipsverbände mit Essig aufzuweichen und dann mit einem gewöhnlichen Messer aufzuschneiden. **Ewald**-Hamburg.

25) **Robertson** (Santiago). Behandlung der Luxationskompressionsfrakturen der Wirbelsäule. (D. Z. f. Chir. 103 Bd. 1—2 H. p. 179.)

Verf. fordert bei allen Kompressionsfrakturen der Wirbelsäule, die mit Kompression des Markes verbunden sind, ein möglichst sofortiges operatives Einschreiten. Die einfache Laminektomie genügt nach mehrfachen Erfahrungen von ihm oft nicht, sondern es muss die Hinterseite des Wirbelkörpers freigelegt werden, da bei Luxation des frakturierten Wirbels hier ein winkliger Vorsprung sein kann, der die Leitungsunterbrechung des Rückenmarkes aufrecht erhält. Ferner fand Verf. dass die oberhalb und unterhalb von der Fraktur austretenden Nervenwurzeln nach vorn resp. nach hinten verzogen sein können, wodurch die winklige Knickung des Rückenmarkes, auch wenn der Kanal völlig frei ist, aufrecht erhalten werden kann. Verf. resezierte daher das obere oder untere Nervenpaar. Für ein Gelingen der Operation ist eine gute Hämostase wichtig, in der Dura erreichte sie Verf. durch Injektion von Adrenalinlösung mit einer dem Wirbelkanal entsprechend gebogenen Hohlsonde. Verf. rät die Immobilisierung der Wirbelsäule durch ein Gipsbett noch auf dem Operationstisch herzustellen. **Baisch**-Heidelberg.

26) **Delorme** (Halle a. S.). Beitrag zur Kenntnis des Verhebungsbruches am V. Lendenwirbel. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 10.)

Die subjektiven Beschwerden des Mannes, der sich den Unfall beim Umkippen eines 3 Zentner schweren Kastens zugezogen hatte, wurden in den zahlreichen Gutachten für übertrieben und simuliert gehalten. Die klinische Untersuchung ergab Steifigkeit und Schmerz in der Lendenwirbelsäule, Verschwundensein der Lendenlordose, Verschiebung des Oberkörpers nach links. Das Röntgenbild ergibt eine Kompressionsfraktur des V. Lendenwirbels, Bogenfraktur. Dass auf dem Bilde überhaupt nichts mehr vom Schatten des V. Lendenwirbelkörpers zu sehen ist, kommt nicht allein — wie Ludloff meint — durch die veränderte Lage und daher veränderte Projektion, sondern auch durch die Höhenverminderung infolge der Kompression zustande.

Besprechung des Entstehens der Verletzung (Feinen). Die Verhebungsbrüche kommen sicher häufiger vor, als sie diagnostiziert werden. Sie werden nicht diagnostiziert, weil die Gewalteinwirkung relativ gering ist, weil die klinischen Symptome anfänglich auch nicht auf eine schwere Verletzung hindeuten und weil kein Röntgenbild gemacht wird. **Ewald**-Hamburg.

27) **E. Kirmisson** (Paris). Scoliose congénitale. (Rev. d'orthop. 1910. 1.)

$3^1/_2$ jähriger Knabe, bei dem seit der Geburt eine Skoliose vorhanden war. Das Röntgenbild ergab einen Keil zwischen 5. und 6. und zwischen 11. und 12. Brustwirbel, ausserdem eine Synostose zwischen der 3. und 4. l. Rippe. In einem 2. Fall (10jähr. Mädchen) war an Stelle des 2. Brustwirbels nur ein Keil vorhanden. Nach Zusammenstellung der spärlichen Literatur (die Böhm'schen Arbeiten werden nicht erwähnt! Ref.) geht K. dazu über, die angeborenen Skoliosen in 2 Gruppen einzuteilen, die ohne und die mit Wirbel veränderungen (überzähliger Keilwirbel). Letztere werden aus der dreiteiligen Anlage des Wirbelkörpers zu erklären versucht.

Zum Schluss werden die Fälle von einem Kind mit Keilwirbel zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel und einem andern mit Spina bifida occulta der Lendenwirbelsäule, das ausser dem Schulterblatthochstand, Rippensynostose und Keilwirbel zwischen dem 5. und 6. Brustwirbel hatte, mitgeteilt. **Ewald**-Hamburg.



28) **Enderlen.** Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Serratuslähmung. (D. Z. f. Chir. 101. Bd. 5—6 H. p. 516.)

Verf. beschreibt einen Fall von Serratuslähmung, den er mit Muskelplastik aus dem Pektoralis major behandelte. Die Portio costalis wurde am Ansatz abgetrennt, nach hinten geschlagen und durch 2 Bohrlöcher am Angulus scapulae befestigt. Der Verband wurde in elevierter Stellung angelegt. Das funktionelle Resultat war gut, der Arm konnte gut eleviert werden, die Scapula stand dabei nur minimal ab. Das kosmetische Resultat ist nach Verf. nicht ganz einwandfrei. **Balsch**-Heidelberg.

29) **Kawamura** (Kyoto, Japan). Zur Kasuistik der subtotalen und totalen Exstirpation des Schulterblattes mit und ohne Erhaltung des Armes. (D. Z. f. Chir. Bd. 103. 3—6. H.)

Verf. bringt 2 Fälle von totaler Resektion der Skapula wegen Sarkom, und stellt die bisher bekannt gewordenen Fälle zusammen. Er konnte im ganzen 494 Fälle sammeln, 52 Fälle subtotaler Entfernung der Skapula mit 40 Heilungen, 127 Fälle von Totalexstirpation der Skapula mit 105 Heilungen und 315 Fälle von Totalexstirpationen des Schultergürtels mit dem Arm, darunter 266 Heilungen. Die Mortalität der Operation hat seit 1875 wesentlich abgenommen und die Heilungsaussichten sind darnach bei aseptischer Operation recht günstige. Die Funktion des Armes ist bei Totalexstirpation der Skapula noch eine recht befriedigende. Indikation zu den Operationen gaben in den meisten Fällen Sarkome, dann folgen Verletzungen, Entzündungen, Enchondrome. **Balsch**-Heidelberg.

30) **Pfister** (Altona). Zur Diagnostik von Schulter-Verletzungen durch die Röntgenaufnahme von oben. (Mediz. Klin. 1910. Nr. 5.)

Bei einem Unfallverletzten, der lange vergeblich behandelt war und auf Grund eines ventro-dorsalen Röntgenbildes in den Verdacht der Exageration geriet, wurde bei einer Aufnahme von oben nach unten (Film in der Achselhöhle) eine Luxation des Humeruskopfes nach hinten und eine partielle Fraktur des Kopfes nachgewiesen. **Ewald**-Hamburg.

31) **Lièvre-Brizard** (Auteuil). La mobilisation de l'articulation scapulo-humérale. (Revue clinique 1910. 2.)

Einfacher Apparat, um das Schultergelenk wieder beweglich zu machen: Eine Schnur, die an beiden Enden Handgriffe trägt,



läuft über eine an der Decke angebrachte Rolle. Der Patient zieht mit dem gesunden Arm den kranken in die Höhe. Um die Schulter dabei zu fixieren, liegt über ihr ein Stück Leder, das mittels Schnüren und Steigbügel durch den Fuss des Patienten fest gegen die Schulter gezogen wird, so dass ein Heraufsteigen der Scapula nicht möglich ist.

Ewald-Hamburg.

32) **J. Lucas-Championnière** (Paris). Fractures de l'humérus à l'extrémité supérieure. (Rev. clin. 1910. 2.)

Neben einer genauen Diagnose (Fraktur oder Luxation, oder beides, Nebenverletzungen) ist eine richtige Behandlung von massgebender Bedeutung. L.-Ch. versteht darunter sofortige Mobilisation und Massage und behauptet, damit den ältesten (70—80jährigen) Patienten in einigen Wochen wieder die volle Gebrauchsfähigkeit des frakturiert gewesenen Armes zurückgeben zu können. Dagegen würden bei Patienten, die die vierziger Jahre überschritten hätten, nach der üblichen 6wöchigen Fixationsperiode immer Steifigkeiten, Muskelatrophien, Schmerzen bei Bewegungen zurückbleiben. Ja nur 14tägige Immobilisation führt schon im höheren Alter zu bleibenden Schädigungen, die mit der Zeit infolge der Arthritis und Periarthritis, die das Trauma gesetzt hat, schlimmer werden.

Ewald-Hamburg.

33) **René Facque.** Du traitement de certaines fractures graves dé l'extrémité supérieure de l'humérus par la résection de la tête humérale. (Thèse de Paris 1909.)

In Fällen von schweren Brüchen, namentlich dann, wenn der Bruch auch mit Luxation kompliziert ist, erscheint die Resektion des Oberarmkopfes als die rationellste Behandlungsmethode, da hierdurch die Beweglichkeit des Gliedes meist eine sehr gute wird, während durch die konservative Behandlung entweder totale Ankylose oder jedenfalls eine bedeutende Beschränkung der Beweglichkeit zustande kommen möchte. Von den 38 Beobachtungen, die der Verfasser gesammelt hat, betrafen 22 solche Fälle, die längere Zeit verfolgt werden konnten und bei welchen ein ausgezeichnetes Ergebnis der Operation festgestellt werden konnte.

Zur Ausführung des Eingriffes ist der delto-pektorale Schnitt am meisten zu empfehlen, eventuell mit zeitweiliger Ablösung der klavikulären Deltoideusfasern. Die Verbindungen der benachbarten Sehnen mit der Kapsel müssen geschont werden. Nach Entfernung eventueller Knochensplitter und Abrundung der Resektionsfläche wird der Verband derart angelegt, dass das Humerusende mit der



Gelenksfläche in Berührung kommt, ferner wird in die Achselhöhle ein Wattebausch gegeben, um einer Luxation des Knochens nach innen vorzubeugen. Am sechsten Tage wird mit Massage und Mobilisation begonnen, wobei nicht vergessen werden darf, dass in diesen Fällen die Nachbehandlung ebenso wichtig, wenn nicht wichtiger als die Ausführung der Operation, für ein gutes Resultat ist.

Der beste Zeitpunkt zur Vornahme der Resektion ist zwischen siebentem und zehntem Tag nach der Verletzung, zu frühzeitig vorgenommen ist der Eingriff ungünstig wegen der Quetschungen der Weichteile, während man später mit beginnenden Atrophien der Muskeln zu rechnen hat. **E. Toff**-Braila.

34) **Marcus** (Posen). Ein Fall von Myositis ossificans traumatica im Biceps humeri. (Monatschr. f. Unfallheilk. 1910. 4.)

Einem 43 jährigen Brauereiarbeiter riss beim Heben eines schweren Sackes der Biceps am unteren sehnigen Ansatz. Nach 18 Wochen konnte M. im Röntgenbild einen bohnengrossen Schatten feststellen, den er als Verknöcherung des musc. biceps anspricht. Eine Operation wurde abgeschlagen. Wie eine spätere Röntgenaufnahme ergab, zeigte die Verknöcherung Tendenz sich zu vergrössern. Kein Zusammenhang mit dem Knochen. M. glaubt, dass durch den Muskelriss ein starker Bluterguss in den Muskel hinein erfolgte, der eine entzündliche Reizung veranlasste, die wiederum zur Knochenbildung im Muskelgewebe führte. **Ewald**-Hamburg.

35) **E. Kirmisson** (Paris). De la paralysie ou contracture ischémique de Volkmann. (Revue d'orthop. 1910. 2.)

Aus den 5 beobachteten Fällen schliesst K., dass neben den durch die Ischämie lädierten Muskeln meist auch die Nerven betroffen sind. Einmal lag kein Bruch vor, sondern die Deformität hatte sich nach einer einfachen Kontusion des Vorderarms gebildet. In einem anderen Fall hatte sich ein grosser Abszess am Vorderarm nach behandeltem Humerusbruch gebildet. Da nach 1 Jahr der Patient starb, konnten Muskeln und Nerven untersucht werden, und es fand sich neben ausgedehnter fibröser Degeneration der Beugemuskeln eine tiefgehende Schädigung der Nerven, namentlich des Medianus. Ausser Sehnenverlängerung oder Knochenverkürzung muss man also auch die Nerven freilegen und vor Verwachsung bewahren. In einem Falle hatte K. damit — allerdings erst sechs Monate nach der Operation — ein gutes Resultat.

Ewald-Hamburg.



36) **Jacoulet** (Paris). Un cas de maladie de Dupuytren-Madelung. (Rev. d'orthop. 1910. 1.)

60jähriger Zimmermann bemerkte seit seinem 18. Jahre die Handgelenksdeformierung, die sich bis zum 25. Lebensjahr verschlimmerte. Sein Vater soll dieselbe Missbildung gehabt haben. Beiderseits ist die Luxation des unteren Ulnaendes nach dem Dorsum hin zu bemerken; sie lässt sich leicht reponieren. Radiographisch findet sich links, der Seite der stärkeren Deformität, ein Radius curvus. (Patient hat jedoch vor 7 Jahren eine Radiusfraktur erlitten.) Rechts ist der Radius gerade.

Ätiologisch schliesst J. für seinen Fall Trauma und Rachitis aus, hält die Tuberkulose (Poncet) für möglich, neigt aber am meisten der mechanischen Theorie zu. Hereditär sei die anatomische Disposition der Gelenkflächen und der Handgelenksbänder. Operativ will er in diesem Falle wegen Mangel an Beschwerden nicht eingreifen.

Ewald-Hamburg.

37) **G. Clark Stewart.** Traumatische Hernie des Muscul. Adductor pollicis. (*Ἰατρικὴ Πρόοδος* Jan. 1910. Nr. 1—2.)

Diese nach S. noch nicht beschriebene, an einem 19jährigen Jüngling beobachtete Muskelhernie kam so zustande, dass die Hand zwischen zwei Eisblöcken stark gepresst wurde. Zwischen Daumen und Zeigefinger trat durch einen Hautriss eine nussgrosse Fleischmasse zu Tage, die auf Reizung sich kontrahierte. Bei der in Narkose vorgenommenen Erweiterung der Wunde fand sich der Muscul. add. pollic. völlig von seiner Ursprungstelle, dem zweiten Metacarpus, getrennt. Daher und weil der motorische Nerv dieses Muskels mit abgerissen war, wurde letzterer an seiner Insertion abgeschnitten. Die mit leichter Drainage genähte Wunde heilte gut, und die danach gebliebene Funktion des Daumens war ziemlich(?) zufriedenstellend.

Chrysospathes-Athen.

38) **H. Engel** (Berlin). Über Erwerbseinbusse durch Fingerverluste. (Mediz. Klin. 1910. Nr. 6.)

E. berichtet über wichtige Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes, die seiner Zeit von der Norddeutschen Holzberufsgenossenschaft zusammengestellt waren.

Danach sind folgende Defekte der Finger nicht mehr als erwerbsbehindernd anzusehen, wenn die Verletzten sich an den Zustand gewöhnt haben: Verlust der Nagelglieder des 3. und 4. Fingers; — Verlust des rechten Ringfingers; — Verlust zweier Glieder des



rechten Zeigefingers; — Verlust des Nagelgliedes des rechten Daumens; — Verlust zweier Glieder des rechten Mittelfingers; — Verlust von $1^1/_2$ Gliedern des rechten Ringfingers; — Verlust des linken Ringfingers oder des kleinen Fingers. **Ewald**-Hamburg.

39) **M. C. Gueit** (Montpellier). A propos d'un signe différentiel de la sciatique et de la sacrocoxalgie. (Gazette des hôp. 1910. Nr. 22.)

Um Ischias und Schmerzen im Ileosakralgelenk zu unterscheiden, legt G. den Patienten auf einen Tisch und lässt ihn die Beine in Knie und Hüfte stark beugen, ja hilft der Beugung in der Hüfte noch nach. Werden dann Schmerzen geäussert, so handelt es sich um eine Affektion des Ileosakralgelenks. **Ewald**-Hamburg.

40) **A. Puyhaubert** (Bordeaux). Sur un procédé pour mesurer l'étendue des mouvements articulaires de la hanche (Revue d'orthop. 1910. 2.)

Die Untersuchungsmethode, die über die Beweglichkeit im Hüftgelenk Auskunft geben soll, besteht darin, dass man beim geradeliegenden Patienten das eine Bein fixiert, während man am anderen nach unten zieht, so dass die dazugehörige Beckenseite hinuntersteigt. Dann muss der Malleolus int. des extendierten Beins eine bestimmte Distanz tiefer liegen als der andere. Nachdem man diese markiert hat, zieht man am andern Bein. Eine eventuelle Differenz lässt auf eine Bewegungsstörung in einer Hüfte schliessen. **Ewald**-Hamburg.

41) **P. Grisel.** Périarthrite ankylosante de la hanche. (Revue d'orthop. 1910. 1.)

Ein jetzt 7jähriges Mädchen bekam im Anschluss an eine Mittelohrentzündung rheumatismusartige Schmerzen im Sprung-, dann im Knie- und noch später in der Gegend des Hüftgelenks. Das Gelenk selbst soll zunächst frei gewesen sein. Die Erkrankung ging mit langdauerndem hohen Fieber einher. Erst nach 7 Wochen war Entfieberung eingetreten, während dessen aber das Hüftgelenk in Beuge-Adduktionskontraktur völlig versteift. Extension, Massage, Übungen, Reposition und Gipsverband, später wieder Massage; Elektrisierung und Mobilisierung erwiesen sich als völlig zwecklos.

Ätiologisch glaubt G. Tuberkulose, Osteomyelitis, akuten Gelenkrheumatismus, Pneumococcenarthritis (vom Mittelohr her!) ausschliessen zu können und nimmt einen periartikulären gonorrhoischen Prozess an. **Ewald**-Hamburg.



42) **Binet** (Nancy). Fractures diaphysaires du fémur chez l'enfant. (Gaz. des hôpitaux 1910. 11.)

Der horizontalen und vertikalen Extension der Oberschenkelbrüche bei Kindern zieht B. folgendes Verfahren vor: Während das Bein mittels Heftpflasterverband extendiert wird (3—6 klgr.), wird über Watte ein Gipsverband von Becken bis Zehen angelegt. Nach 4—5 Wochen Nachbehandlung. Ewald - Hamburg.

43) **L. Billon** (Marseille). Luxations congénitales de la rotule. (Gazette des hôp. 1910. 41.)

Beschrieben sind 107 Fälle, 99 Luxation nach aussen, 2 nach innen, 6 nach oben. Oft ist Heredität nachzuweisen, auch finden sich häufig andere angeborene Missbildungen (Klumpfuss, Hüftluxation, Radiusluxation). Ob die Kniescheibenverrenkung durch mangelhafte Ausbildung des Condylus ext. femoris oder durch Banderschlaffung zustande kommt, weiss man nicht, die Vergesellschaftung mit genu valgum ist häufig. B. unterscheidet 1. inkomplette Luxationen (reponieren sich bei jeder Streckung), 2. komplette, und 3. intermittierende Luxationen, die nur hin und wieder (Stunden, Tage, Wochen) auftreten.

Die Behandlung richtet sich nach den Beschwerden. Häufig sind diese gering, oft genügt auch eine Binde oder ein elastischer Strumpf. Als Operationen sind die Exstirpation der Patella, die Arthrodese des Kniegelenks, Korrektur des genu valgum empfohlen worden, mehr dürfte die Faltung der medialen Kapsel oder die Tenotomie des Vastus ext. inbetracht kommen. Auch die Verlagerung des lig. patella medial von der Tuberositas tibiae hat gute Resultate gegeben. Ewald-Hamburg.

44) **R. Petit** (Paris). Traitement des fractures de la rotule. (Rev. clin. 1910. 1.)

P. hält bei der Patellarfraktur die unblutigen Behandlungsmethoden für unsicher und erkennt nur die Cerclage und die Naht mit Silberdraht an. In beiden Fällen hat eine gründliche Ausräumung des Kniegelenks von Blutgerinseln vorherzugehen.

Krankengeschichten von 4 Fällen, in denen P. zweimal genäht, zweimal die Cerclage ausgeführt hat. Letztere hat einmal die Fragmente nicht festzusammengehalten und ist das zweite Mal gerissen, weshalb P. die Sutur der Fragmente für das Verfahren der Wahl hält. Ewald-Hamburg.



45) **Blecher** (Strassburg i. E.). Ueber die ambulante Behandlung der traumatischen Kniegelenksergüsse mit Heftpflasterverbänden. (Münch. med. Woch. 1910. 13.)

B. hat 73 frische Kniegelenksergüsse mit Heftpflasterverband behandelt. Die Streifen werden kreuzweise über das Knie und transversal oberhalb der Patella angelegt und sollen einen gleichmässigen Druck auf das Gelenk ausüben. Darüber kommt eine Flanellbinde. Die Patienten können sofort aufstehen. B. glaubt durch seinen Verband auch die Quadricepsatrophie verhüten zu können. — Bei grossen resp. blutigen Ergüssen punktiert er zunächst und legt dann, nach 24 Stunden, den Verband an. Meistens genügte es, wenn der Verband 14 Tage liegen blieb; dann war der Erguss verschwunden, für einge Tage wurde noch eine Flanellbinde angelegt, eine etwa vorhandene Kapselverdickung mit Heissluft bekämpft und die Leute in etwa 25 Tagen wieder dienstfähig entlassen. In einigen anderen Fällen musste der Verband erneuert oder der Erguss punktiert werden, worauf Heilung eintrat. Die Quadricepsatrophie war immer ganz gering; es bestand nie mehr wie 1—1,5 cm. Umfangsdifferenz. Rezidive des Ergusses traten nur 5 mal, 2 T. nach frischen Verletzungen auf.

Ewald-Hamburg.

46) **Th. Gümbel.** Die Brüche des Schienbeinkopfes. (D. Z. f. Chir. 103. Bd. 1.—2. H. p. 107.)

Verf. gibt eine kritische Uebersicht über die bisher bekannt gewordenen Fälle von Brüchen des Schienbeinkopfes, die er einteilt in Brüche eines Condylus, direkt oder indirekt entstanden, und in Kompressionbrüche beider Condylen. Verf. fügt aus seiner eigenen Beobachtung 7 Fälle (im Nachtrag noch 2.) hinzu. Die Diagnose ist nach Verf's. Ansicht leicht aus den charakteristischen Symptomen — genau lokalisierter Druckschmerz, event. Krepitation und palpatorisch feststellbare Verschiebung der Fragmente, in allen Fällen aber Beteiligung des Kniegelenks und event. des Bandapparates — auch ohne Röntgenbild zu stellen. Für die Prognose und Therapie spielt die Gelenkbeteiligung eine wichtige Rolle. Neben Extensionsverbänden ist eine möglichst frühzeitige aktive Behandlung notwendig; mitunter ist zur Stellungskorrektur der Fragmente ein operativer Eingriff nötig. Der Heilungserfolg ist in vielen Fällen wegen der Gelenkbeteiligung und wegen des meist höheren Alters der Verletzten nur ein sehr beschränkter. **Balsch**-Heidelberg.



47) **Knoke** (Kiel). Zur Extensionsbehandlung der Unterschenkelfrakturen. (Zentralbl. f. Chir. 1910. 14.)

Bei Frakturen im unteren Drittel des Unterschenkels legt K. wegen der geringen Wirksamkeit keinen Bardenheuerschen Extensionsverband an, sondern macht über Watte einen Gipsstiefel, in den 2 seitliche Segeltuchstreifen eingegipst werden, die zum Anhäugen des Gewichts dienen. Nach dem Erhärten wird der Gipsstiefel in 2 Hälften geschnitten und dann mit einigen Bindentouren wieder angewickelt. Kann auch für andere, ähnlich grosse Füsse wieder gebraucht werden. Ewald-Hamburg.

48) **Broca** und **Phélip** (Paris). Le décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia associé à la fracture du péroné dite de Dupuytren. (Rev. d'orthop. 1910. 2.)

6 Fälle von Kindern von 6—14 Jahren, bei denen es statt zu einer typischen Malleolenfraktur zu einer Epiphysenlösung der Tibia gekommen war, während die Fibula in der üblichen Weise einige Finger breit oberhalb des äusseren Knöchels frakturierte. Gewöhnlich war auch noch aus dem äusseren, dicht oberhalb der Epiphysenlinie liegenden Teil der Metaphyse ein Fragment herausgebrochen. Röntgenbilder ergeben deutlich die anatomischen Verhältnisse vor und nach der Einrichtung des Bruches. Ewald-Hamburg.

49) **P. Möhring** (Kassel). Die Prothese für den Pirogoffstumpf. (Monatsschr. für Unfallheilk. 1909. 12.)

Die Prothese besteht aus einer Lederhülse mit Schnürung, einem Holzfuss und Gelenkschienen. Letztere besitzen zwei seitliche Scharniere, die den Mittelpunkt eines Kreises darstellen, der entsprechend der Wölbung des Stumpfes gelegt gedacht wird. Der Stumpf selbst ruht auf einem Kugellager, das wiederum der Holzsohle des künstlichen Fusses aufruht. Die Bewegung, die so zustande kommt, gewährleistet einen fast normalen Gang. Die Dorsalflexion wird durch Gummizüge hervorgerufen.

Ewald-Hamburg.

50) **J. G. Chrysospathes** (Athen). Die Volkmannsche Sprunggelenksdeformität als Folge angeborener fehlerhafter Lage der Fibula. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 12.)

Die fragliche Deformität wurde bisher allgemein auf einen Fibuladefekt zurückgeführt. Ch. hat 2 Fälle beobachtet, wo die Fibula an sich intakt war, aber zu weit nach hinten-innen gelagert



war (Röntgenbilder). In einem Fall (5 jähr. Mädchen) präparierte Ch. den Malleolus ext. frei, knickte ihn oberhalb seiner Epiphyse an und brachte ihn in seine normale seitliche Lage. Gipsverband, nach 4 Wochen Stützapparat. Stellung des Fusses gut.

Ewald-Hamburg.

51) **K. Lengfellner** (Berlin). Der Fuss des Neugeborenen und seine Behandlung. (Mediz. Klin. 1910. Nr. 6.)

L. macht auf seine vielfachen Plattfussarbeiten aufmerksam, aus denen hervorgeht, dass 75% aller Neugeborenen einen »Senkfuss«, 25% einen gut gewölbten Fuss haben. »Senkfuss« und gewölbter Fuss sind überhaupt auseinanderzuhalten; der eine kann sich aus dem andern höchst selten herausbilden. Auf Grund embryologischer und phylogenetischer Überlegungen hält er den Plattfuss für den »Zukunftsfuss«. Der Hohlfuss wäre demnach nur ein phylogenetisch früheres Stadium der Fussbildung. Beide Fusstypen sind durch ein Wachstums- und Entwicklungszentrum bedingt, das L. annimmt. Jeder Typus hat seine pathologischen Symptome. Gemeinsam können sie beide Schmerzen im Talonavikulargelenk haben, für den Hohlfuss sind ausserdem die Schmerzen in den Metatarsophalangealgelenken und in der Ferse charakteristisch. Der Fettschwund unter den belasteten Punkten der Ferse und des Ballens, sowie die Herausbildung von Schleimbeuteln und von Hornhaut an diesen Stellen führt zu Schmerzen. Diese Punkte müssen daher entlastet werden. Schon bei Kindern soll man bereits einige Monate nach der Geburt mit Massage beginnen, und jede Mutter sollte darum einen Massagekurs durchmachen. Der Knickfuss stellt wiederum etwas besonderes dar und kann bei Platt- und Hohlfuss vorkommen. Hier ist ganz besonders früh mit Massage zu beginnen, die schuldige Achillessehne zu dehnen, und Stiefel mit festem inneren Halt sind bei den ersten Gehversuchen zu geben. L. empfiehlt Stiefel einer Fabrik, die nach seinen Angaben arbeitet.

Ewald - Hamburg.

52) **Karl Cramer** (Köln a. Rh.). Eine seltene Verletzung im Lisfrancschen Gelenk. (Arch. f. Orth., Mechanoth. u. Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall der seltenen Luxationsfraktur im Lisfrancschen Gelenk. Neben einem Plattfuss ergab die Röntgen-Untersuchung eine Zertrümmerung der 3 Keilbeine, eine Luxation des 2.—5. Mittelfussknochens lateral- und dorsalwärts, kleine Abrissfrakturen an den Basen der luxierten Mittelfussknochen. — Literatur



über isolierte Frakturen und Luxationen der kleinen Fussknochen. Die Therapie wird die fixierten Knochen zu reponieren suchen, was aber meist nur auf blutigem Wege gelingt. **Ewald**-Hamburg.

53) **A. H. Tubby.** Right-angled contraction of the tendo Achillis as a cause of halting and stumbling in children. (reports of the society for the study of disease in Children. Vol. VII. 1907.)

Die Verkürzung der Achillessehne resp. des zugehörigen triceps surae (z. B. nach Kinderlähmung) hat nicht nur den pes equinus, sondern auch unter Umständen einen pes varus oder valgus, ja wegen des Ursprungs des gastrocnemius vom Femur eine Beugestellung des Knies zur Folge. Letzeres kann man leicht beobachten, wenn man in einem solchen Falle versucht, bei gestrecktem Knie den Fuss dorsal zu flektieren. Die Behandlung ist in allen Fällen dieselbe: treppenförmige Verlängerung der Achillessehne.

Ewald-Hamburg.

54) **Pedro Chutro.** Contribucion al estudio del tratamiento de las fracturas del Calcaneo. (Rev. de la Soc med. Argentina 1909. pag. 537.)

Mitteilung eines Falles von doppelseitigem Bruch des Kalkaneus bei einem 20jährigen Mann. Derselbe war reitend vom Pferde abgeschleudert worden und mit grosser Heftigkeit auf die beiden Füsse gefallen. Er hatte einen Monat Bettruhe eingehalten; die Schmerzen waren aber noch immer so heftig, dass er ins Krankenhaus kam. Die aufgenommenen und der Arbeit beigegebenen Röntgenbilder zeigen, dass es sich um Querbrüche im hinteren Teile beider Knochen mit starker Verschiebung handelte. Es wurde unter Rückenmarksanästhesie die Naht der Frakturen ausgeführt. Die Heilung ging gut von statten und der Erfolg war sehr befriedigend.

Stein-Wiesbaden.

55) **Boerner.** Über den sogenannten Calcaneussporn. (D.Z.f. Chir. 101 Bd. 5—6 H. p. 581.)

Verf. berichtet über einen eigenen Fall von Calcaneussporn und stellt im ganzen 74 Fälle aus der Literatur zusammen. Nach Verf.'s Ansicht stellt der Calcaneussporn eine durch Bänder- (Fascia plantaris) und Muskelzug bedingte über das Durchschnittsmass hinausgehende Ausbildung des Tuberc. majus calcanei dar. In wenigen Fällen kommen Plattfussbildung, Gonorrhoe, Osteoarthritis oder Trauma in Betracht. Diese letzteren Faktoren spielen wohl eine



Rolle bei dem Schmerzhaftwerden eines Calcaneusspornes, indem sie zur Periostitis und reaktiven Entzündung der umgebenden Weichteile führen. Das Vorkommen eines Calcaneusspornes ohne Schmerzen ist wohl nicht allzu selten. Die rationelle Therapie der Calcaneodynie durch Spornbildung besteht in Abmeisselung des Spornes, wodurch auch der Fall des Verf.'s völlig geheilt wurde.

Balsch-Heidelberg.

56) **Chrysospathes** (Athen). Der Calcaneussporn. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3—4. H. S. 377.)

Nach anatomischen Untersuchungen hält C. an seiner Behauptung fest, dass der Calcaneussporn von der Epiphyse des Fersenbeins resp. von der Epiphysenlinie ausgehe, und dass er an demjenigen Sehnenansatz entstehe, der den grössten Zug ausübe. Kleinere Exostosen hält er für normale Gebilde entsprechend den Spinae an anderen Knochen, grössere seien pathologische Erscheinungen, die eventuell unter der Einwirkung verschiedener Erkrankungen (Arthritis, Gonorrhoe etc.) entstehen könnten. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

57) **Reginald Morton.** A case of Calcaneodynia. (Arch. of the Roentgen ray. 1909. Nr. 113.)

36 j. Mann, der aus einer „rheumatischen" Familie stammt und selbst gonorrhoische Gelenkentzündungen durchgemacht hat. Wegen Schmerzen in den Füssen hat er Bäder besucht und allerlei Mittel angewandt. Es bestand beiderseits ein Plattfuss, und das Röntgenbild zeigte einen grossen Kalkaneussporn. Eine Einlage beseitigte die Beschwerden, ob für immer, bezweifelt M. **Ewald**-Hamburg.

58) **C. Cramer** (Köln a. Rh.). Ein Fall von Pes equinus congenitus. (Arch. f. Orth. Mechanother. und Unfallchir. 1909. Bd. VIII. 2.)

Der angeborene reine Spitzfuss ist sehr selten; meist überwiegt die Klumpfussstellung, manchmal auch die Valgusstellung (z. B. bei Fibuladefekt — Joachimsthal). Das von C. beobachtete 4jährige Mädchen hatte ausser der Beinverkürzung (11 cm) und ausser dem Zurückbleiben im Wachstum und einem totalen Fibuladefekt eine leichte Abduktion der Fusswurzel, eine Adduktion des Mittelfusses und einen hochgradigen Pes equinus. Ther.: erhöhter Schienenschuh. **Ewald**-Hamburg.

59) **Divaris** (Paris). Pes equinus hystericus. (Ἰατρική Πρόοδος 1.—15. Dec. 1909.)

D. beobachtete in Raymonds' Klinik ein junges, von Religions-



wahn befallenes Mädchen, das die Stellung Jesu am Kreuz annahm, daher den einen Fuss in starker Equinusstellung hielt und auch auf den Fussspitzen ging.

Der Gedanke der Nagelung am Kreuz rief bei der Pat. ausserdem Pemphigusblasen am Dorsum nicht nur des befallenen Fusses, sondern auch des anderen hervor, der vor Ausbruch der Hautaffektion vor Irritierung seitens der Pat. geschützt wurde.

D. knüpft daran weitgehende allgemeine entwickelungsgeschichtliche Betrachtungen, die darin gipfeln, dass, falls der Mensch, durch Änderung seiner Umgebung und dank seines Willens in Fussspitzengänger sich umwandeln würde(?), mit der Zeit eine neue Spezies von Fussspitzengänger-Menschen zustande käme(?).

Er glaubt, dass dadurch das fragliche Kapitel der Entstehung der Arten gewissermassen beleuchtet wird(?). Zum Schluss erwähnt er den Fall einer hysterischen Frau, die von spastischem Torticollis befallen wurde, nachdem sie ihre von Tetanus befallene Bettnachbarin zu sehen bekam. **Chrysospathes-Athen.**

60) **Binet** und **Heully** (Nancy). Les variétés anatomiques du pied creux. (Revue d'orthop. 1910. 2.)

Der Hohlfuss (Subluxation des Naviculare und Cuboid dorsalwärts, Inkurvation der Metatarsalia plantarwärts, Klauenzehen) kann rein vorkommen, ist aber häufiger mit einem Klumpfuss, selten auch mit einem Plattfuss vergesellschaftet. Das Leiden kann kongenital sein, oder durch Rachitis, Retraktion der Bänder und der Aponeurosis plantaris, oder durch Muskellähmung bedingt sein. — Bei einem 10 jährigen Mädchen war der Hohlfuss (mit leichtem Klumpfuss) am Ende des 2. Lebensjahres entstanden, und zwar im Anschluss an Masern. Ausser der Verkrümmung der Mittelfussknochen wurden Wadenatrophie, Retraktion der Plantaraponeurose und Klauenzehen beobachtet. **Ewald-Hamburg.**

61) **Lewy** (Berlin). Beziehungen zwischen Infektion und Plattfuss. (Deutsche med. Woch. 1909. Nr. 35. S. 1523.)

L. weist darauf hin, dass leicht bei infektiösen Prozessen der Fusswurzel (Gonorrhoe, Gelenkrheumatismus etc.) ein Plattfuss sich ausbilden könne durch entzündliche Veränderungen in den Knochen und Gelenken, die dann durch die Belastung verschlimmert werden. Die Therapie ist im wesentlichen die gleiche wie die des gewöhnlichen Plattfusses. **Ottendorff-Hamburg-Altona.**



62) **Giani** (Rom). Der M. tibialis anticus und die Pathogenese des statisch-mechanischen Plattfusses. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3—4. H. S. 564.)

G. hat bei früheren Untersuchungen am Lebenden gefunden, dass in den Fällen, bei denen der Tibialis anticus gar keine oder eine nur schwach adduzierende Wirkung hatte, sehr häufig Plattfuss oder Pes valgus bestand. Anatomische Studien an 300 Füssen haben ihn darüber belehrt, dass diese Schwäche der Adduktion darauf beruht, dass der Tibialis anticus ganz oder zum grössten Teil am ersten Keilbein und gar nicht oder nur in geringem Masse am Metatarsus I inseriert. Es bestand auch hierbei meistens Abflachung des Fussgewölbes. Verf. glaubt deshalb annehmen zu müssen, dass diese vorzugsweise Anheftung am Keilbein mit nachfolgender Adduktionsschwäche ätiologisch eine Rolle spiele. Diesen Fehler der Insertion betrachtet G. als angeboren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

63) **Vidal** (Valence). Les talalgies et leur traitement. (Ueber Fersenschmerzen und ihre Behandlung). (Annales de chir. et d'orth. Bd. 22. Nr. 11. S. 332.)

V. beobachtete bei einem Soldaten eine Affektion beider Fersen, die sich ohne anderweitig bemerkbare Veränderungen in einer Schmerzhaftigkeit gegen Druck und beim Gehen äusserte. Eine Operation, bestehend in Ausräumung der Gewebe zwischen Haut und Calcaneus, brachte Linderung. Verf. glaubt als Ursache der Schmerzen eine Neuritis infolge mehrfachen Traumas annehmen zu müssen und führt die Wirkung der Operation auf die damit ausgeführte Neurektomie der entzündlich veränderten Nerven zurück. Eine Bursitis oder Exostose am Calcanens war durch den Befund bei der Operation auszuschliessen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

64) **R. Tunstall** (Taylor). The treatment of flat-foot. The use and abuse of foot-plates. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

Polemik gegen Crandon, der die Plattfusseinlagen für schädlich hält und für alle Füsse nur sog. Moccasins empfiehlt. Natürlich ist das Ziel der Behandlung, dem Fuss sein Gewölbe wiederzugeben und den Patienten zu befähigen, den Fuss selbständig richtig zu halten. Da erhebt sich die Frage: ist die Einlage die beste Art, den inneren Fussrand zu heben und zu stützen? Der Patient will natürlich einen leichten, schmerzlosen und elastischen Gang. Nach langjährigem Suchen kam T. zu dem Resultat, dass



die Beseitigung der Abduktion des Vorderfusses das Haupterfordernis ist zusammen mit einer genügenden Stütze des Gewölbes, die zu erzielen ist, wenn man die Fussstellung ändert. Darauf fussend, hat T. in den letzten 3 Jahren nie eine Einlage gegeben. Da das Gewölbe in extremer Adduktion des Vorderfusses höher wird, soll der Schuhmacher in dieser Stellung den Sohlenumriss nehmen und beim Anfertigen des Stiefels zugleich die Höhe des Gewölbes berücksichtigen. — Bei fixierten Plattfüssen muss durch Redressement, Ruhe, eventuell Gipsverband und Peroneentenotomie die richtige Stellung dem Fuss wiedergegeben werden. In schweren Fällen muss das „Gelenk" (des Schuhmachers) durch einen 3—4 cm. breiten von der Ferse bis zum Grosszehenballen reichenden federnden Stahlstreifen versteift werden, der zwischen Innen- und Aussensohle zu liegen kommt. Diese Feder kann später innen leichter gemacht werden und schliesslich ganz weg bleiben. **Ewald**-Hamburg.

65) **Rubritius.** Hammerzehenplattfuss und Klumpzehenplattfuss. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 66. Bd. 1. H. p. 136.)

Verf. konnte in der Prager chirurg. Klinik 3 Fälle dieser nicht häufigen Kombination von Fussdeformitäten beobachteten. In allen 3 Fällen gingen die Plattfussbeschwerden schon jahrelang voraus, ehe sich die Zehendeformität ausbildete. Verf. sieht daher im Gegensatz zu anderen Autoren den Plattfuss als das Primäre an. Die Zehenstellung bildet sich dann als eine Art funktionelle Entlastungsdeformität aus, indem durch sie die anatom. Veränderungen beim Plattfuss auszugleichen und die Schmerzen dadurch zu vermindern gesucht werden. **Baisch**-Heidelberg.

66) **H. O. Feiss** (Cleveland O). Modified Whitman brace for Calcaneus. (Am. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 1.)

Unterschenkelschiene für Hackenfuss, die das Sprunggelenk steifstellt und die Last des Körpers mittels eines breiten Lederstreifens der am oberen Ende der seitlichen Unterschenkelhülsen liegt, aufnimmt. Ausserdem macht F. die Seitenschienen, die sich mit einer Fusseinlage verbinden, breiter als Whitman. **Ewald**-Hamburg.

67) **Nové-Josserand** und **Francillon** (Lyon). Métatarsus varus congénital double avec tarsus valgus. (Revue d'orthop. 1910. 2.)

Das drei Monate alte Kind bot neben der Adduktionsstellung des Mittelfusses bezüglich der Fusswurzel ganz das Bild der Volk-



mannschen Deformität. Wie aber die Sektion des an Pneumonie gestorbenen Kindes ergab, bot das obere Sprunggelenk normale Verhältnisse — der Talus stand richtig in der Malleolengabel, dagegen war der Kalkaneus an dem Talus nach aussen subluxiert. Diese Deformität zusammen mit Metatarsus varus ist öfter beschrieben worden, letzterer kann jedoch auch allein vorkommen, oder beim Klumpfuss vorkommen. Mit Max Böhm wollen Verf. das Leiden als eine regressive Anomalie ansehen, da beim Affen und Australneger ähnliche Verhältnisse gefunden werden. **Ewald**-Hamburg.

Kongress- und Vereinsberichte.

73) **Fraenkel.** Aerztl. Verein in Hamburg biol. Abt. 8. III. 1910.

Demonstration zahlreicher Röntgenbilder von Foeten und Neugeborenen, die an der Knorpelknochengrenze der Rippen sowie an einzelnen Epiphysenlinien der langen Röhrenknochen die für Osteochondritis syphilitica congenita charakteristischen Veränderungen zeigen (Verbreiterung und Unregelmässigkeit der provisorischen Verkalkungszone). Typisch ist vor allem das symmetrische Auftreten. Auch am Lebenden kann die Diagnose gestellt werden.

Preiser demonstriert eine grosse Anzahl von Röntgenbildern von Lues congenita im Kindes- und Adolescentenalter. Man erkennt zystenartige Herde, manchmal von grosser Ausdehnung, häufig an den Epiphysengegenden, darum auch orthopädische Leiden (genu valgum) hervorrufend. Auf spezifische Behandlung stellen sich normale Verhältnisse wieder her. Auch Pr. hat die Herde immer symmetrisch auftreten sehen und macht besonders darauf aufmerksam, dass die hochgradigen Veränderungen, wie man sie im Röntgenbild erkennen kann, in keinem Verhältnis zu den Beschwerden stehen.

Fraenkel will den Ausdruck „Zyste" lieber durch das Wort Einschmelzungsherd ersetzt wissen. **Ewald**-Hamburg.

74) **O. Herbst.** Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin 24 I. 10. (D. med. Woch. 1910. 9.)

3 Kinder mit Lues congenita, Hutchinsonsche Zähne und Kniegelenksentzündung. **Ewald**-Hamburg.

75) **Thibierge.** Société médicale des hôpitaux. 8. IV. 10. (Gazette des hôp. 1910. 42.)

2 Fälle von typischer Ostitis deformans (Paget) — beide Tibiae, Femora, Vorderarmknochen und Wirbelsäule waren befallen — gaben Th. die Ueberzeugung, dass es sich trotz der Aehnlichkeit beider Prozesse nicht um syphilitische Knochenerkrankungen handle. Die Wassermannsche Reaktion war negativ und die Quecksilberkur konnte den Prozess nicht aufhalten oder bessern. **Ewald**-Hamburg.

76) **Kaspar.** Aerztl. Verein in Nürnberg 20. I. 1910. (Münch. med. Woch. 1910. 17.)

3 Fälle von Barlowscher Krankheit, Aetiologie immer die längere Zeit durchgeführte, ausschliessliche Ernährung mit zu lang sterilisierter Milch aus



derselben Quelle. Anämie, Blutungen in die Haut, Conjunctiva, Haematurie In 2 Fällen auch subperiostale Blutungen und später Knochenverdickungen Veränderungen in der Epiphysenlinie, Frakturen. Immer prompte Heilung bei Nahrungsänderung. **Ewald**-Hamburg.

77) **König**. Aerztl. Verein Hamburg. 24. IV. 10.

Demonstration einer Anzahl Röntgenbilder von Frakturen von Menschen und Kaninchen, die während der Callusbildung aufgenommen sind. Die Hauptproduktion geschieht vom Periost aus, und zwar um so mehr, je stärker die Dislokation ist. Vom Mark und von der Compacta wird sehr wenig Callus gebildet. Unregelmässigkeiten in der Callusbildung sind auf starke Periostablösung, partielle oder völlige Weichteilinterposition zurückzuführen. Im letzteren Falle kommt es zur Pseudarthrosenbildung. Die Therapie besteht in solchen Fällen in kalter Stauung, Jodinjektion an der Bruchstelle, Zerreiben der interponierten Weichteile, bei bleibender Pseudarthrose Anfrischung der Bruchenden und Transplantation eines Periost-Knochenlappens. Schliesslich geht K. auf die Muskelverknöcherungen ein, die häufiger bei Luxation und Kontusionen ohne Knochenverletzung vorkommen, die er deswegen „frakturlose Callusbildungen“ nennt. Der Name Myositis ossificans sei falsch. Es sind parostale Ossifikationen im Muskel, die nur bei dazu disponierten Individuen vorkommen. Sie gehen später bis auf mehr oder weniger grosse Reste zurück und können mechanisch an den Gelenkbewegungen hinderlich sein, weshalb sie dann — aber auch nur dann — entfernt werden sollen. Im übrigen soll man eine drohende Versteifung durch öfteren Stellungswechsel des Gelenks im Verband möglichst zu bekämpfen suchen.

Arning fragt, ob zwischen der frakturlosen Callusbildung oder auch der Callusüberproduktion bei Frakturen ein Zusammenhang mit Lues zu finden war.

Dieser Zusammenhang ist von Kümmell und Lauenstein nicht konstatiert worden.

Deutschländer hat bei blutiger Frakturbehandlung öfter eine verzögerte Callusbildung beobachtet.

Kümmell wendet die blutige Frakturbehandlung nur im äussersten Notfall an.

Fränkel will das Wort „Callus“ nur bei Frakturen angewandt wissen, und wendet sich gegen die Bezeichnung: „frakturlose Callusbildung“.

Ewald-Hamburg.

78) **Chaput.** Société de chir. de Paris 19. I. 1910. (Revue de chir. 1910. 2.)

Ch. hat die verschiedenen Verfahren versucht, grosse ausgekratzte Knochenhöhlen zu füllen: die Höhlen mit Haut auszukleiden passt nur für die dicht unter der Haut liegenden. Knochenpfropfungen vom gleichen Individuum haben sich bewährt, vom fremden nicht. Metall- und Kalkplomben taugen nichts, die Mosetig-Plombe gibt gute Resultate, stösst sich aber öfter ab und kann toxisch wirken. Dagegen hat die Methode der Muskel- oder Fetteinpflanzung noch nie versagt. **Ewald**-Hamburg.

79) **Gangolphe.** Société de chir. de Lyon 27. I. 1910. (Rev. de chir. 1910. 3.)

Neben rezidivierenden Schulter- und habituellen Daumenluxationen hat G. auch habituelle Knie- und Hüftluxationen beobachtet, die andere Krankheiten (Tuberkulose) vortäuschen können. Immer handelte es sich um eine allgemeine angeborene Schlaffheit der Gelenke. Plattfuss, Genu valgum, Skoliose waren häufig. **Ewald**-Hamburg.

75) **Lexer.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg in Pr. I. XI. 1909. (D. med. Woch. 1910. 13.)

18 jährig. Pat. mit Myositis ossificans progressiva. L. hat schon vor vielen Jahren nachgewiesen, dass die Knochenbildung tatsächlich mitten im Muskelbauch entsteht. **Ewald**-Hamburg.

76) **G. Alfred Lawrence** (New York). The clinical Society of the New-York postgraduate med. school and hospital 19. Nov. 1909. (the postgraduate 1910. 1.)

2 Geschwister von 14 und 16 Jahren zeigten neben Intelligenzdefekten Spasmen in den unteren Extremitäten, Reflexsteigerungen, Spitzfuss, Nystagmus. Die Krankheit soll vor 2 Jahren erst begonnen haben. Trotzdem hält sie L. für eine hereditäre spastische Paraplegie. (Entwicklungsstörung im Gehirn.) [Little? Ref.]

Hammond hat in diesen Fällen bei der Sektion eine Sklerose der gekreuzten Pyramidenbahnen gefunden.

Lawrence hält neben allgemeinen hygienischen Massnahmen bezgl. der Therapie Massage und Elektrizität für zweckmässig. **Ewald**-Hamburg.

77) **Hepner.** Aerztlicher Verein in Danzig 18. XI. 09. (Deutsche med. Woch. 1910. 16.)

Neuerungen in der orthopädischen Technik.

H. empfiehlt die Langesche Zelluloidstahldrahttechnik. Demonstration von Lagerungsapparaten für Skoliose, Spondylitis, ferner Klumpffusstiefel und Plattfusseinlagen. Die Leichtigkeit der Herstellung sowie die Billigkeit wird betont. **Ewald**-Hamburg.

78) **Göbell.** Mediz. Gesellsch. in Kiel 2. XII. 09. (Münch. med. Woch. 1910. 10.)

15 jähriger Little, an dem vor $4^1/_2$ Monaten die Förstersche Operation (Durchschneidung der hinteren Lendenwurzeln) vorgenommen ist. Der Knabe geht jetzt mit geringer Unterstützung ganz gut, hat keine Spasmen mehr.

Ewald-Hamburg.

79) **Blencke.** Mediz. Gesellsch. zu Magdeburg. 2. XII. 09. (Münch. med. Woch. 1910. 12.)

Welche Erfolge können wir mit der heutigen Skoliosenbehandlung erzielen bezw. nicht erzielen?

Die Erfolge, die nach den Berichten in einzelnen Schulturnkursen (Düsseldorf) erreicht wurden, lassen sich selbst in den bestgeleiteten orthopädischen Anstalten nicht erzielen. Dies liegt einmal an der Art der Feststellung der Heilung und an der Scheidung zwischen Haltungsanomalien und Skoliose. Erstere können durch Gymnastik in gut geleiteten und beaufsichtigten Schulturnkursen geheilt werden. Auch beginnende Skoliosen können bei langdauernder Behandlung und Kontrolle bis zum abgeschlossenen Wachstum geheilt oder in ihrer Entwicklung aufgehalten werden, Skoliosen zweiten und dritten Grades dagegen können höchstens gebessert werden und gehören auf keinen Fall mehr in den Schulturnkurs. Die Gymnastik, namentlich aber das kritiklos angewandte Kriechen, kann u. U. direkt schädlich wirken.



Kirsch will nur von Schiefhaltung und von Schiefwuchs (Skoliose) sprechen. An 2000 Schulkindern hat er gesehen, wie die meisten schweren Verkrümmungen schon vor dem Schulbesuch vorhanden sind. In Säuglingspolikliniken hat K. dann dieselben schweren Skoliosen schon im 2. Lebensjahr gesehen. Die Schulturnkurse können nur der ungefährlichen Schiefhaltung zu Leibe gehen.

Thiemich fordert die Ermöglichung einer durchgreifenden Behandlung schon in den ersten Lebensjahren. **Ewald**-Hamburg.

80) **W. Boehme.** Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin 24. I. 10. (D. med. Woch. 1910. 9.)

20 jähr. Patient mit Spondylitis und Fistel. In 1/2 Jahren wurden 92 Alttuberkulininjektionen (im Ganzen 3,0 gr.) gemacht. Keine Heilung, aber Besserung des Allgemeinbefindens und der Fistelsekretion. Neben den Tuberkulininjektionen Liegekur, Luftbäder, Bestrahlung mit blauem Licht. **Ewald**-Hamburg.

81) **Hammond.** The clin. soc. of the New-York post-graduate med. school and hospital 19. XI. 1909. (the postgraduate 1910. 1.)

Vorstellung eines Mädchens mit hysterischem Torticollis, zweimal vergeblich an Muskeln und Nerven operiert. Der faradische Strom wirkte suggestiv heilend. **Ewald**-Hamburg.

82) **Haenisch.** Aerztl. Verein in Hamburg. 12. IV. 1910. (Hamburger Aerzte-Korrespondenz. 1910. 16).

12 Fälle von Periarthritis humero-scapularis (Bursitis subdeltoidea mit Kalkablagerung in den Schleimbeuteln). Die Röntgenbilder ergeben diffuse, strukturlose Schatten verschiedener Grösse und Dichtigkeit. Bei Nachuntersuchungen ist nach eingetretener Heilung der Schatten entweder verschwunden oder sehr viel kleiner geworden. In den nicht geheilten Fällen nimmt der Schatten an Grösse zu. Aetiologie: häufig Trauma. Die Grösse der Kalkablagerung dürfte keinen Anhalt für den Grad der Beschwerden geben.

Therapie: zuerst Ruhigstellung, dann Massage, Heissluft und Gymnastik, ev. Exstirpation des Schleimbeutels. **Ewald**-Hamburg.

83) **Preiser.** Aerztl. Verein in Hamburg 12. VI. 10.

Wiedervorstellung einer Frau, bei der sich vor mehreren Wochen eine Subluxation des Humerus nach unten und Unmöglichkeit den Arm im Schultergelenk zu erheben, allmählich eingestellt hatte; ausserdem Infiltration des unteren Oberarmdrittels. Auf Massage verschwand die Infiltration, nach und nach auch die Subluxation (Röntgenbild), und die Beweglichkeit in der Schulter stellte sich wieder her. Preiser glaubt an eine Embolie von einer Thrombose eines Varix cruris aus. **Ewald**-Hamburg.

84) **Engelen.** Verein der Aerzte Düsseldorfs. 8. XI. 09. (D. m. W. 1910. 16.)

Erbsche Plexuslähmung beim Erwachen bemerkt. Da andere Faktoren auszuschliessen sind, muss man annehmen, dass der erste Plexusstamm durch



ungünstige Lagerung im Schlafe zwischen Clavicula und I. Rippe gequetscht wurde. Die Erscheinungen sind jetzt im Rückgang begriffen. In einem andern Fall war die Lähmung nach Stichverletzung entstanden. Naht der V. u. VI. Cervicalwurzel führte zu vollständiger Heilung. **Ewald**-Hamburg.

85) **Peiper.** Mediz. Verein in Greifswald 9. XII. 1909. (Deutsche med. Woch. 1910. 16.)

Fall von Entbindungslähmung. Die Behandlung besteht in Faradisation, Massage und Festlegung des gesunden Arms (Payr). Der Erfolg war in fünf Fällen ein sehr befriedigender. **Ewald**-Hamburg.

86) **Durand.** Société de chir. de Lyon 22. XII. 09. (Rev. de chir. 1910. 3.)

Bericht über eine 38 jähr. Frau mit Ellenbogengelenkstuberkulose, wo das Gelenk reseziert und dann mit der Mosetigplombe gefüllt wurde. Heilung in 3 Monaten. **Ewald**-Hamburg.

87) **Preiser.** Aerztlicher Verein in Hamburg biol. Abt. 19. IV. 10.

Demonstration von Röntgenbildern eines Mannes, der zweimal in der Jugend eine Ellenbogenluxation durchgemacht hatte. Starke Arthritis deformans der Gelenkenden, ausserdem eine Menge von grossen und kleinen freien Körpern im Gelenk. Pr. glaubt mit Veit, dass die Körper aus der Synovialis infolge anormaler Druckverhältnisse entstehen. **Ewald**-Hamburg

88) **van der Boosche.** Société de chir. 1910. 19. I. (Revue de chir. 1910. 2.)

4 Fälle von Osteom im brachialis internus, 2 nach Lux. cubiti post, die zweimal sofort reponiert, einmal nicht reponiert, einmal mit Fraktur des proc. coronoid. kompliziert war. Ausgang in völlige oder partielle Spontanresorption. Einmal Exstirpation im 6. Monat und Rezidiv.

Ewald-Hamburg.

89) **Destot.** Société de chir. de Lyon. 25. XI. 09. (Revue de chir. 1910. 2.)

23 jähr. Mann mit kongenitaler Synostose der beiden Vorderarmknochen am oberen Ende. Pro- und Supination aufgehoben.

Ewald-Hamburg.

90) **Preiser.** Aerztl. Verein in Hamburg. 26. IV. 10.

Junge mit angeborener doppelseitiger Supinationsstörung der Hände, rechts teilweise, links völlig. Links liegt scheinbar eine Luxation des Radiusköpfchens vor. Nach dem Röntgenbild sind die knöchernen Gelenkteile am Ellenbogen annähernd normal, man muss aber wohl annehmen, dass die Knorpel- und Kapselteile eine Einbusse in ihrer Ausbildung erlitten haben. Beugung und Streckung im Ellenbogen sind normal. **Ewald**-Hamburg.

91) **Vallas.** Société de chir. de Lyon 23. XII. 09. (Revue de chir. 1910. 3.)

Bei einer Vorderarmfraktur, bei der das Röntgenbild im Gipsverband eine schlechte Stellung der Fragmente ergab, reponierte V. blutig. Trotzdem in diesem Fall das Endresultat ein gutes war, spricht sich V. im Prinzip gegen die blutige Behandlung geschlossener Frakturen aus. **Ewald**-Hamburg.



92) **Preiser.** Aerztl. Verein in Hamburg biol. Abt. 22. III. 10.

Demonstration zahlreicher Röntgenbilder von Handgelenken von fünf Patienten, die nach einem Trauma Schmerzen bekommen hatten: Während sich einige Tage nach dem Unfall im Röntgenbilde nur eine kreisrunde Aufhellung im Hals des os naviculare fand, war später eine deutliche Fraktur nachweisbar. Es wurde die grösste Vorsicht bezgl. Röhrenzentrierung und Handgelenksstellung beobachtet. Das Bild hatte anfangs Aehnlichkeit mit tuberkulöser Karies und Lues; beides konnte aber in allen Fällen ausgeschlossen werden. Nach Untersuchungen an skelettierten Kahnbeinen und Gefässinjektionen tritt ein Teil der ernährenden Arterien für das os naviculare durch das lig. navilunatum dorsale in den Knochen. Wird dieses beim Trauma abgerissen, so leidet die Ernährung, es kommt zu einer rareficierenden Ostitis, die sich als Aufhellung im Röntgenbild dokumentiert und schliesslich zur Fraktur führen kann.

Haenisch hält die Fälle für primäre Frakturen und glaubt nicht an ein besonderes Krankheitsbild.

Preiser gibt die Möglichkeit von Infraktionen zu. Er warnt vor Verwechselungen mit Tuberkulose. **Ewald**-Hamburg.

93) **Durand.** Société de chir. de Lyon 20. 1. 10. (Revue de chir. 1910. 3.)

Eine Luxation des os lunatum nach vorn behinderte durch Druck auf Sehnen und Nerven die Funktion der Hand so, dass D. 2 Jahre nach dem Unfall zur Resektion des Knochens schritt. Er fand ihn nicht nur luxiert, sondern auch frakturiert. Später war das funktionelle Resultat sehr befriedigend.

Ewald-Hamburg.

94) **Van den Bossche.** Société de chir. de Lyon 23. XII. 09. (Revue de chir. 1910. 3.)

Nach 10 Injektionen von Kreosotöl (Calot) gab B. die konservative Behandlung einer Handgelenkstuberkulose auf und resezierte das Gelenk.

Ewald-Hamburg.

95) **Payr.** Mediz. Verein in Greifswald 9. XII. 1909. (Deutsche med. Woch. 1910. 16.)

Nach Panaritium war an einer Fingerkuppe eine äusserst schmerzhafte Narbe enstanden. Exzision der ganzen Fingerkuppe und Ersatz derselben durch einen Brusthautlappen führte zu einem kosmetisch und funktionell vollkommenen Resultat. **Ewald**-Hamburg.

96) **Preiser.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 26. IV. 1910.

Demonstration eines Knaben mit angeborener fibröser Versteifung der Mittelgelenke beider Daumen. Der Vater hat dieselbe Anomalie am linken Daumen. Am Röntgenbild zeigt sich keine Knochenveränderung. Eigentümlich ist, dass jetzt — im Pubertätsalter — eine Beweglichkeit in den versteiften Gelenken eintritt und infolge mediko-mechanischer Behandlung zunimmt. **Ewald**-Hamburg.

97) **Dreesmann.** Allgemeiner ärztl. Verein zu Köln 10. I. 1910. (Münch. med. Woch. 1910—12.)

Neue Erfahrungen auf dem Gebiete der angeborenen Hüftverrenkung.



Wahrscheinlich besteht die Ursache der angeborenen Hüftverrenkung in einer Behinderung der Innenrotation der Schenkelhalsachse. Wenn gleichzeitig die Innenrotation der Kondylenachse behindert ist, kann eine Retroversion zustande kommen, sonst eine Anteversion. Dadurch, dass der Schenkelhals sich nicht in die Frontalebene einstellt, sondern sagittal stehen bleibt, wird auch die ungenügende Ausbildung der Pfanne bedingt. Die Ursache der Behinderung der Innenrotation muss in den räumlichen Verhältnissen des Uterus erblickt werden. Dass beim weiblichen Geschlecht die Luxation häufiger ist, kommt daher, dass schon im 5. Foetalmonat das Becken breiter ist. Die Luxation braucht im Uterus nicht zustande zu kommen, nur die Anlage dazu (Abflachung der Pfanne). Die Ursache der räumlichen Beengung liegt in der Uteruswand (relativ häufig hat das erste Mädchen die Luxation!) Für die Beengungstheorie sprachen auch die Veränderungen der gesunden Seite. Diagnostisch kommt die Richtung des Schenkelschaftes (Joachimsthal), die Lage der art. cruralis zum Kopf, das Trendelenburgsche Phänomen inbetracht. Die Röntgenbilder, in Aussen- und Innenrotation aufgenommen, geben Aufschluss über den Grad der Anteversion.

Nach der Einrenkung, die ohne Gewaltanwendung vorgenommen werden soll, soll die Stellung des Beins so gewählt werden, dass die Schenkelhalsachse senkrecht zur Pfanne steht. Die funktionelle Belastung ist gut, aber sie muss in der Richtung des Schenkelschaftes wirken (Kniekappe d. Vortr!) Bei dieser Behandlung nimmt die Anteversion ab, bei misslungener Repositon bleibt sie. — In 70% der Fälle Heilung, in letzter Zeit noch mehr.

Wette: Als Komplikation der Reposition ist die sekundäre Coxa-varabildung anzusehen. Eine traumatische Form tritt gleich nach der Operation auf, eine andere Form erst jahrelang nach erfolgter Reposition. — Von dem Wert der funktionellen Belastung konnte sich W. nicht überzeugen.

Ewald-Hamburg.

98) **Goebell.** Medizin. Gesellschaft in Kiel 2. XII. 09. (Münch. med. Woch. 1910. 10.)

Demonstration dreier Kinder mit kongenitaler Hüftluxation, wo G. wegen Anteversion des Schenkelhalses die Schedesche Fixierung in Innenrotation und spätere Osteotomia femoris und Beseitigung der Innenrotation ausgeführt hat. Das Verfahren, das gute Erfolge gezeitigt hat, wird für ähnliche Fälle empfohlen.

Ewald-Hamburg.

99) **Coville** (Orléans). Société de chir. de Paris 19. I. 1910. (Rev. de chir. 1910. 2.)

Ein 14 jähr. bisher nicht behandeltes Mädchen mit angeborener Hüftverrenkung bekam im Laufe der Jahre Flexions- und Adduktionstellung beider Beine, sodass sie fast gar nicht mehr gehen konnte. Links wurde mit einer queren subtrochanteren Osteotomie und nachfolgendem Extensionsverband (5 Monate!) die Stellung des Beins korrigiert, dem Kopf ein besserer Stützpunkt gegeben und der Patientin ein leidliches Gehen ermöglicht.

Ewald-Hamburg.

100) **Vignard.** Sociéte de chir. de Lyon 16. XII. 09. (Revue de chir. 1910. 2.)

Nach vergeblicher konservativer Behandlung kratzte V. bei einer Coxitis,



die durch einen Herd in Kopf und Hals bedingt war (Röntgenbild!), diesen Herd aus und plombierte die Höhle zwei Tage später. 2 Monate später ist feste Vernarbung eingetreten, nach 10 Monaten ist auf dem Röntgenbild nichts von der Jodoformplombe mehr zu sehen, die Bewegungen im Hüftgelenk sind frei, keine Verkürzung des Beines. **Ewald**-Hamburg.

101) **Lagoutte** (Creusot). Société de chir. de Lyon. 16. XII. 09. (Revue de chirg. 1910. 2.)

In einem Fall von Oberschenkel- und 3 Fällen von Unterschenkelfraktur, wo eine unblutige Reposition nicht möglich war, hat L. die Frakturstelle geöffnet und die Fragmente mit dem Lambotteschen Apparat verschraubt. L. empfiehlt das Verfahren, das er 15 mal angewandt hat.

Ewald-Hamburg.

102) **Savariaud.** Société de chir. de Paris 19. I. 1910. (Revue de chir. 1910. 2.)

Demonstration zweier Patienten mit Oberschenkelfraktur im unteren Drittel behandelt mit Gehapparaten. Gutes Resultat, nur 1,5 cm. Verkürzung.

Tuffier ist nach vielen Versuchen mit Gehverbänden dazu zurückgekehrt, die Fraktur exakt zu reponieren und zu immobilisieren.

Lucas-Championnière hält auch nichts von den Gehapparaten, legt aber das Hauptgewicht auf eine gute, tragfähige Achse, auf bewegliche Gelenke und Erhaltung der Muskelkraft.

P. Delbet hat mit den Gehverbänden gute Erfolge erzielt.

Ewald-Hamburg.

103) **Blencke.** Mediz. Gesellschaft in Magdeburg 2. XII. 1909. (Münch. med. Woch. 1910. 12.)

Demonstration zweier Erwachsener mit Kniegelenkstuberkulose, die nur mit Stauung und einem abnehmbaren Gipsverband mit Entlastungsbügel (nach Fränkel) behandelt wurden. Später Lederapparat. In dem einen Fall wurde fast normale aktive Beweglichkeit erzielt. Im zweiten Fall, wo eine fast rechtwinklige Flexionskontraktur bestand, wurde diese durch einen geteilten Gipsverband, dessen Teile durch Braatzsche Sektorenschienen mit einander verbunden waren, gestreckt. Die Stauungen bewirkten Nachlass der Schmerzen. Der Patient kann jetzt schon das Knie um 45° beugen und strecken.

Ewald-Hamburg.

104) **Moszkowicz.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Münch. med. Woch. 1910. 10.)

Einem 27 jährigen Mann wurde wegen Sarkom ein 18 cm. langes Femurstück reseziert. Implantation eines Fibulastücks mit Periost in Femur und Tibia. Nach 3½ Monaten kann der Mann im Schienenhülsenapparat gehen. Ein ähnlich behandelter Fall liegt ¾ Jahr zurück. Hier erkennt man am Röntgenbild deutlich die Verbreiterung der Fibula, die hoffen lässt, dass der Mann auch einmal ohne Apparat wird gehen können.

Ewald-Hamburg.



105) **Gayet.** Société de chir. de Lyon 13. I. 10. (Revue de chir. 1910. 3.)

Ein 16 jähr. Junge zog sich kurz nach einander eine Epiphysenlösung an beiden unteren Unterschenkelenden zu. (Röntgenbild.) Symptome wie bei der typischen Malleolarfraktur, ebenso die Therapie. Funktion später gut, keine Wachstumstörungen. **Ewald**-Hamburg.

106) **Preiser.** Aerztl. Verein in Hamburg. 12. IV. 1910.

Demonstration eines 45 jährig. Mannes, bei dem eine schmerzlose Schwellung eines Fusses aufgetreten war. Die Frakturen und Zertrümmerungen der Fusswurzel- und Mittelfussknochen, die das Röntgenbild ergab, scheinen Frühsymptome der Tabes zu sein. (Pupillen ungleich, Romberg negativ, Patellarreflexe gesteigert.)

Ein weiterer Fall zeigt Arthropathia tabica des Schultergelenks und Handgelenks. Vom Humerus war der Kopf völlig resorbiert.

Ewald-Hamburg.

107) **Play** und **Sézary.** Société de neurologie de Paris 10. III. 10. (Gaz. des hôp. 1910. 32.)

Unter Demonstration eines Falls von Mittelfussarthropathie bemerken die Vortr., dass sie den Prozess eher für einen nervösen als für einen syphilitischen halten. Dafür spricht neben der Indolenz die bestehende Hyperhydrosis und ein Mal perforant. **Ewald**-Hamburg.

108) **Destot.** Société de chir. de Lyon 27. I. 10. (Rev. de chir. 1910. 3.) Ueber den traumatischen Plattfuss.

Nach Frakturen, auch gut geheilten, ja schon nach Distorsionen kommt es oft zu Plattfussbeschwerden. Nach 3—4 Jahren hat D. als Zeichen der gestörten Statik Osteophyten am Talus gefunden (Kopf und vordere Rolle). D. erklärt diese Osteophytonbildung aus der veränderten Stellung des Talus zur Tibia. **Ewald** - Hamburg.

Kirmisson, Angeborene Skoliosis. — 28) **Enderlen**, Serratuslähmung. — 29) **Kawamura**, Exstirpation des Schulterblattes. — 30) **Pfister**, Diagnose von Schulterverletzungen durch Röntgenaufnahme. — 31) **Lièvre-Brizard**, Beweglichkeitsapparat für das Schultergelenk. — 32) **Lucas-Championnière**, Humerusfrakturen. — 33) **René Facque**, Resektion des Oberarmkopfes bei Humerusfrakturen. — 34) **Marcus**, Myositis ossificans traumatica. — 35) **Kirmisson**, Volkmannsche Ischämie. — 36) **Jacoulet**, Dupuytren-Madelungsche Krankheit. — 37) **Stewart**, Hernie des Muscul. Adductor pollicis. — 38) **Engel**, Erwerbseinbusse durch Fingerverluste. — 39) **Gueit**, Diagnose bei Ischias und Schmerzen im Ileosakralgelenk. — 40) **Puyhaubert**, Messung der Beweglichkeit im Hüftgelenk. — 41) **Grisel**, Rheumatismusartige Schmerzen im Anschluss an Mittelohrentzündung. 42) **Binet**, Diaphysenfrakturen des Femur beim Kind. — 43) **Billon**, Angeborene Kniescheibenluxation. — 44) **Petit**, Behandung bei Patellarfrakturen. — 45) **Blecher**, Heftpflasterverbände bei traumatischen Kniegelenksergüssen. — 46) **Gümbel**, Brüche des Schienbeinkopfes. — 47) **Knoke**, Extensionsbehandlung der Unterschenkelfrakturen. — 48) **Broca** und **Phélip**, Epiphysenlösung der Tibia. — 49) **Möhring**, Prothese für den Pirogoffstumpf. — 50) **Chrysopathes**, Volkmannsche Sprunggelenksdeformität. — 51) **Lengfellner**, Der Fuss des Neugeborenen. — 52) **Cramer**, Verletzung im Lisfrancschen Gelenk. — 53) **Tubby**, Verkürzung der Achillessehne. — 54) **Chutro**, Kalkaneusfrakturen. — 55) 56) **Boerner**, **Chrysopathes**, Calcaneussporn. — 57) **Morton**, Plattfuss und Kalkaneussporn. — 58) **Cramer**, Pes equinus congenitus. — 59) **Divaris**, Pes equinus hystericus. — 60) **Binet** und **Heully**, Der Hohlfuss. — 61) **Lewy**, Infektion und Plattfuss. — 62) **Giani**, M. tibialis anticus und die Pathogenese des Plattfusses. — 63) **Vidal**, Fersenschmerzen und ihre Behandlung. — 64) **Tunstall**, Plattfussbehandlung. — 65) **Rubritius**, Hammerzehen- und Klumpzehenplattfuss. — 66) **Feiss**, Modifizierte Whitmanschiene. — 67) **Nové-Josserand** und **Francillon**, Metatarsus varus und tarsus valgus. —

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 68) **Fraenkel**, Osteochondritis syphilitica congenita. — 69) **Herbst**, Lues congenita. — 70) **Thibierge**, Ostitis deformans. — 71) **Kaspar**, Barlow'sche Krankheit. — 72) **König**, Röntgenbilder von Frakturen. — 73) **Chaput**, Füllung von Knochenhöhlen. — 74) **Gangolphe**, Schlaffheit der Gelenke. — 75) **Lexer**, Myositis ossificans progressiva. — 76) **Lawrence**, Hereditäre spastische Paraplegie. — 77) **Hepner**, Neuerungen in der orthopädischen Technik. — 78) **Göbell**, Förstersche Operation. — 79) **Blencke**, Erfolge der heutigen Skoliosenbehandlung. — 80) **Boehme**, Spondylitis und Fistel. — 81) **Hammond**, Hysterische Torticollis. — 82) **Haenisch**, Periarthritis humeroscapularis. — 83) **Preiser**, Subluxation des Humerus. — 84) **Engelen**, Erb'sche Plexuslähmung. — 85) **Peiper**, Entbindungslähmung. — 86) **Durand**, Ellenbogengelenkstuberkulose. — 87) **Preiser**, Arthritis deformans. — 88) **van der Boosche**, Osteom im brachialis internus. — 89) **Destot**, Congenitale Synostose. — 90) **Preiser**, Angeborene Supinationsstörung der Hände. — 91) **Vallas**, Vorderarmfraktur. — 92) **Preiser**, Röntgenbilder von Handgelenken. — 93) **Durand**, Luxation des os lunatum. — 94) **van der Boosche**, Behandlung einer Handgelenkstuberkulose mit Kreosotöl. — 95) **Payr**, Exzision der Fingerkuppe und Ersatz derselben. — 96) **Preiser**, Angeborene fibröse Versteifung der Mittelgelenke beider Daumen. — 97) **Dreesmann**, Angeborene Hüftverrenkung. — 98) **Goebell**, Schedesche Fixierung. — 99) **Coville**, Angeborene Hüftverrenkung. — 100) **Vignard**, Coxitis. — 101) **Lagoutte**, Lambottescher Apparat bei Oberschenkel- und Unterschenkelfraktur. — 102) **Savariand**, Gehapparate bei Oberschenkelfraktur. — 103) **Blencke**, Stauung bei Kniegelenkstuberkulose. — 104) **Moszkowicz**, Implantation eines Fibulastücks mit Periost in Femur. — 105) **Gayet**, Epiphysenlösung an beiden Unterschenkelenden. — 106) **Preiser**, Frakturen und Zertrümmerungen der Fusswurzelknochen. — 107) **Play** und **Sézary**, Mittelfussarthropathie. — 108) **Destot**, Ueber den traumatischen Plattfuss. —

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. September 1910. Heft 9.

Zur Technik der Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen.

Von
S.-R. Dr. SEIFFERT,
leitender Arzt des fürstbischöfl. Krüppelheims Georgstift Beuthen O.-S.

Bei den zahlreichen Fällen von Verkrüppelung durch Kyphose und Skoliose und bei der noch geringen Vollkommenheit unserer Heilerfolge dürfte jede kleine Verbesserung der Technik unserer Behandlungsweise willkommen sein. Eine solche Verbesserung scheint mir in dem seit Jahresfrist hier geübten Verfahren bei Eingipsung von Wirbelsäulenverkrümmungen erreicht. Schon lange wird ja die Redression derselben durch eingipsbare Pelotten betrieben (Wullstein) und werden Skoliosen unter Suspension im Beelyschen Rahmen durch elastische Züge mobilisiert und redressiert (Haudek). Während aber die Pelotte unter Umständen sehr brüsk und nur auf dem prominentesten, gefährlichsten und leicht einem Dekubitus ausgesetzten Punkt der Verkrümmung wirkt, hat man die schonendere und mindestens gleich ausgiebig zu gestaltende Redression durch elastische Züge im Gipsverband nicht fixiert und geht dadurch des Vorteils einer dauernden, günstigen Beeinflussung des Knochenwachstums verlustig.

Er wird leicht, schonend und ausgiebig erreicht durch das hier geübte Verfahren: Ueber die Höhe der Vorbuckelungen des im Beelyschen Rahmen suspendierten Kindes werden nach Erfordern mehr oder minder breite Filzstreifen gelegt und nach der Seite der Konkavität des Buckels angespannt. Dies geschieht durch allmähliches Aufrollen von Bändchen, die an den beiden Filzenden befestigt, über je eine



Rädchenrinne zu je einer um ihre Längsachse drehbaren Rolle geführt und dort festgeknüpft werden. Nach Massgabe des Falles kann man aber auch beide Bändchen desselben Filzstreifens über je eine Rädchenrinne laufen lassen. Je eine Rolle und je zwei Rädchen sind auf je einem wagerechten Stahlträger angebracht, der an den Seitenbalken des Beelyschen Rahmens leicht zu jeglicher Höhe, der Deformität entsprechend, verschoben werden kann. Durch besondere Kurbeln

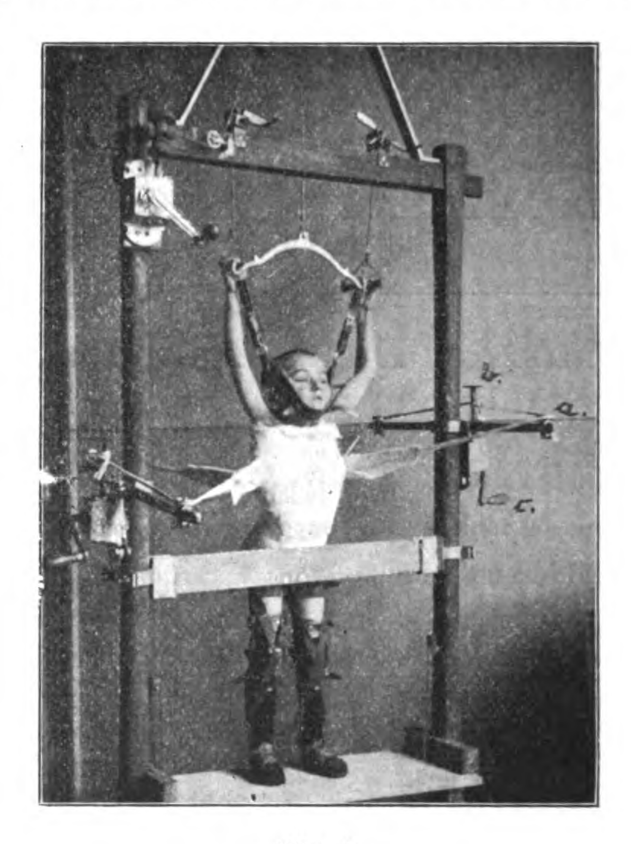


Fig. 1.

a = Rädchenrinne
b = Rolle
c = Kurbel zum Antrieb der Rolle b

werden die Rollen ganz leicht und allmählich um ihre Längsachsen gedreht. Dadurch werden die Bändchen aufgewickelt, der Filz gespannt, die Vorbuckelungen langsam, gleichmässig, kräftig und doch schonend, soweit als zweckdienlich, redressiert, mag es sich um Kyphose, Skoliose, Kyphoskoliose, Wirbelsäulen- oder Rippenbuckel handeln.

Nun folgt die gewöhnliche Eingipsung über die dem Körper anliegenden Filzstreifen hinweg. Da, wo sie dem Körper nicht mehr anliegen, werden die Gipsbinden um sie herumgeführt, sodass schliesslich die Enden der Filzstreifen wie an dem Gipskorsett befestigte Bänder aus

diesem hervorkommen. Sie können abgeschnitten oder über dem fertigen Korsett festgebunden werden.

Die beiden Bilder dürften die Beschreibung verständlicher machen. Beide Male handelt es sich um rachitische Verkrümmungen: bei I

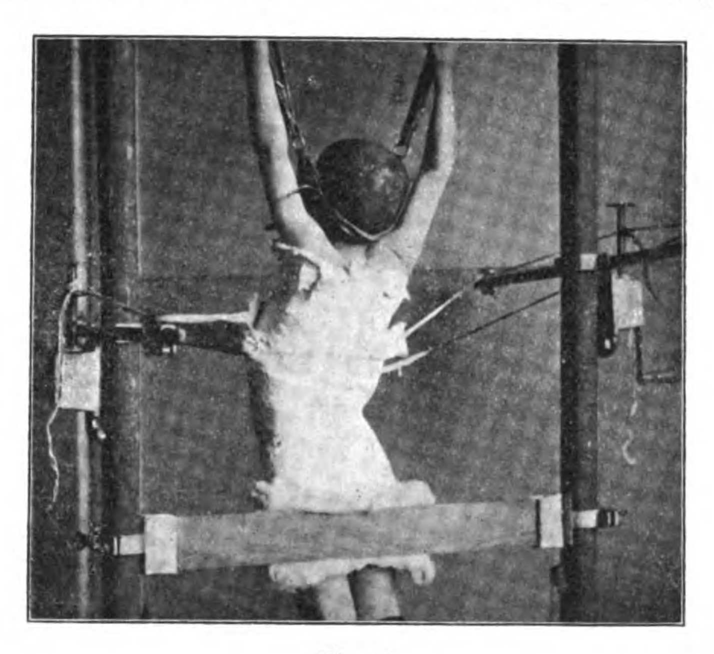


Fig. 2.

kyphotische Verwölbungen von Wirbelsäule und Brustbein, bei II skoliotische Verbiegungen von Wirbelsäule und Rippen. Träger mit verschiebbaren Rädchen und Rollen mit Kurbelgewinden werden, für Beelyschen Rahmen verwendbar, bei hiesiger orthopädischer Firma Heinrich, Dyngosstr. 44, angefertigt.

Lubinus. Die Verkrümmungen der Wirbelsäule, ihr Wesen und ihre Behandlung. Mit 91 Abbildungen. Wiesbaden 1910, J. F. Biegmann. Preis 2,80 Mark.

Das Büchlein ist für den praktischen Arzt, vor allem aber für die Gymnastinnen bestimmt, welche der Verf. seit 10 Jahren in Massage und Heilgymnastik unterrichtet. Durch die Gewinnung solcher in 2jährigem Unterricht geschulter Hilfskräfte will L. eine erfolgreiche Behandlung der Rückgratsverkrümmungen auch in kleineren Städten und auf dem Lande ermöglichen, wo die Benutzung orthopädischer Anstalten ausgeschlossen ist. Die Uebungen sind gut ausgewählt und deutlich illustriert. Einzelnes fordert zum Widerspruch heraus, so die Forderung konvexseitiger Muskelkräftigung.

Vulpius-Heidelberg.

Van den Velden. Der starr dilatierte Thorax. Mit 6 Tafeln und 7 Textabbildungen. Stuttgart 1910, F. Enke. Preis 7 Mark.

Verf. bespricht zunächst die anatomischen und physiologischen Grundlagen der normalen Thoraxbeweglichkeit, ihre Störungen und deren Folgen. Weitere Abschnitte befassen sich mit der Diagnostik und der Mobilisierung des starr dilatierten Thorax. 18 Fällen aus der Litteratur fügt Verf. 10 eigene Operationen hinzu. Er empfiehlt auf Grund der festgestellten Erfolge Exzision von 3—5 Rippenknorpeln resp. Rippen unter Schonung der 1. Rippe und zunächst einseitige Operation. **Vulpius**-Heidelberg.

Thiem. Handbuch der Unfallerkrankungen. 2. Auflage. Mit 65 Abbildungen. Stuttgart 1910, F. Enke.

Vom II. Band liegt nunmehr der 1. Teil mit 46 Druckbogen vor. Er enthält in mustergültiger Vollständigkeit und Uebersichtlichkeit die Darstellung von:

Verletzungen und Erkrankungen des Schädels und Gesichtes, des Gehirnes und seiner Häute, des Rückens und Rückgrats, des Rückenmarkes und seiner Häute, der peripheren Nerven, Geistesstörungen nach Unfällen, die funktionellen Neurosen, Verletzungen und Erkrankungen des Gehörorgans, des Auges uud seiner Schutzorgane.

Ein umfangreiches Litteraturverzeichnis ist dem Band vorangestellt. **Vulpius**-Heidelberg.

Wollenberg. Aetiologie des Arthritis deformans. Mit 28 Abbildungen. Stuttgart 1910, F. Enke. Preis 2 Mark.

Die kleine Schrift ist ein Sonderabdruck aus der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, Band 24, Heft 3/4, eine erneute Besprechung erübrigt sich. **Vulpius**-Heidelberg.

Forty-Second Year-Book of the New York Orthopaedic Dispensary and Hospital.

Der vorliegende 42. Jahresbericht umfasst in Wort und Bild die 1908-09 geleistete Arbeit im Stadt-Spital sowohl wie im Land- und Arbeitsheim.

Zwischen 4 und 5 Tausend Patienten wurden behandelt. Einige Anlagen berichten über die einmaligen und jährlichen reichen Schenkungen und über die vielfache und erfolgreiche Werbearbeit auf dem Gebiet der Krüppelfürsorge. **Vulpius**-Heidelberg.



Lubszynski. Angeborene und erworbene Deformitäten des Kniegelenkes. Mit 87 Abbildungen. Stuttgart 1910, F. Enke. Preis 5 Mark.

Die angeborenen Deformitäten werden nur flüchtig besprochen. Die erworbenen Deformitäten und Funktionsstörungen trennt Verf. in paralytische und nicht paralytische und teilt dieselben wiederum nach physiologisch normalen und abnormen Bewegungsrichtungen. Diese Einteilung erscheint dem Ref. nicht glücklich gewählt. An welchen Leserkreis sich das Buch wendet, ist nicht klar ersichtlich. Für den Orthopäden ist die Darstellung nicht eingehend genug.

Vulpius-Heidelberg.

J. Riedinger (Würzburg). Vergesst die Krüppel nicht! Würzburg 1910. Druckerei H. Stürtz A.-G.

Mit der kleinen Flugschrift will R. einer örtlichen Krüppelfürsorge in Unterfranken, der Gründung eines Fürsorgevereines und einer Anstalt in Würzburg die Wege ebnen. **Vulpius**-Heidelberg.

1) **M. Böhm** (Berlin). Ueber die Ursachen der jugendlichen Rückgratsverkrümmungen. Berliner Klinik 260, Februar 1910.

Nach B. sind die Bezeichnungen „habituelle und Schul-Skoliose“ überlebt. Das skoliotische Rumpfskelett verdankt seine Deformierung der Rachitis mit ihrem schädigenden Einfluss auf Knochenform und -Wachstum oder aber embryonalen Entwicklungsstörungen. Letztere sind entweder cirkumskripter Natur (Wirbel- und Rippen-Verschmelzungen, Defekte etc.) oder allgemeiner Natur hinsichtlich des Aufbaues und der Zusammensetzung der Wirbelsäule (fehlerhafte Differenzierung, numerische Variation). Wo weder Rachitis, noch Anomalien der Wirbelsäule nachweisbar sind, nimmt B. Mängel unseres anatomischen bzw. röntgenologischen Erkennungsvermögens an.

Jedenfalls sind Rachitis und kongenitale Verhältnisse die zwei wesentlichen ursächlichen Faktoren, zu denen als sekundäre Momente hinzukommen: Wachstum, Belastung, Funktion, Kompensationsbestrebungen des Organismus. **Vulpius**-Heidelberg.

---

2) **Forest Willard** und **Benjamin L. Singer** (Philadelphia). Multiple hand and foot deformities in the third, fourth, seventh and ninth Children of the same family; the others being normal and the parents normal. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. Nr. 3.)

Die vier Kinder hatten die gleichen angeborenen Deformitäten:



Hummerscheeren an den Füssen und Spalt- resp. Stumpfbildungen an Hand und Fingern.

Bericht über ähnliche Missbildungen, beobachtet an zahlreichen Familienmitgliedern viele Generationen hindurch.

Ewald-Hamburg.

3) **Altschul.** Die Sarkome der langen Röhrenknochen. (Beitr. zur klin. Chir. 67. Bd. (Festband für Wölfler) p. 359.)

Verfasser stellt 63 Fälle von Sarkomen der Röhrenknochen aus der Prager Klinik zusammen, 35 davon kamen zur Operation. Am häufigsten befallen sind Femur und Tibia, und von Altersstufen die Jahre 15—25. Von den 35 operierten sind 8 als dauernd geheilt anzusehen = 23% und zwar ergibt die Durchsicht, dass die myologenen schaligen Sarkome die beste Prognose bieten, eine ganz schlechte Prognose dagegen die periostalen Formen. Bei den myologenen Formen gibt daher die Resektion günstige Resultate, bei den periostalen sind die Resultate bei der Amputation wie bei der Resektion schlecht. Der Versuch der Resektion ist daher in besonderen Fällen wohl gerechtfertigt. **Balsch**-Heidelberg.

4) **A. Oller.** El método de Zuppinger. (Rev. Clin. de Madrid Bd. II. Nr. 15. 1909.)

O. schildert in einer ausführlichen Arbeit Prinzipien und Praxis der Zuppingerschen Apparate zur Behandlung der Frakturen an den unteren Extremitäten. Zahlreiche Abbildungen illustrieren den Bericht. O. kommt in der Hauptsache zu folgenden Schlüssen:

1. Die Vermeidung der Dislokation der Bruchstücke hängt hauptsächlich von der passiven Elastizität der Muskeln ab.

2. Diese passive Elastizität kann nur dadurch erfolgreich bekämpft werden, dass man die permanente Extension anwendet.

3. Bei der unteren Extremität ist für die Anwendung dieser Extension die beste Stellung des Hüft-, Knie- und Fussgelenks die halbe Flexion.

4. Die Zuppingerschen Apparate ermöglichen es diese dreifache Flexion zu erhalten und zugleich den Zug beizufügen. Zugleich vermehren sie die Extension je nach der besser werdenden Stellung der Bruchstücke. Um dieses Ziel zu erreichen sind aber nur 3 kg. Gewicht für die Brüche des Unterschenkels und 5 kg. für die Brüche des Oberschenkels nötig. (Im Gegensatz zu 30 kg. Gewicht bei den Verbänden nach Bardenheuer).

5. Die mit diesem Apparate erzielten Erfolge übertreffen diejenigen bei allen anderen Methoden. **Stein**-Wiesbaden.



5) **A. Linhart.** Ueber funktionelle Behandlung der Frakturen mit artikulierenden Schienenapparaten. (Beitr. z. klin. Chir. 67. Bd. (Festband für Wölfler) p. 444.)

Verfasser gibt Schienenapparate für Frakturbehandlung an der oberen und unteren Extremität an, deren Prinzip darauf beruht, dass exzentrisch gelegene Scharniere benutzt werden, die bei der Beugung eine Verlängerung der Schienenteile und somit eine Extension der darauf befestigten Extremitäten bewirkten. Das Verfahren hat eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Zuppingerschen, doch ist bei diesem die Schwere des Unterschenkels zur Extension des Oberschenkels benützt, während bei Linhart die Schiene die Extensionswirkung ausführt und zwar auf die einfachste Weise. Die Apparate selbst sind denkbar einfach, sodass namentlich der für die obere Extremität, der sowohl für Ober- wie Unterarmfrakturen benutzt werden kann, manchem willkommen sein wird, da wir hier noch wenige einfache und gut wirkende Apparate besitzen. **Baisch**-Heidelberg.

6) **E. H. Nichols** und **Fr. L. Richardson** (Boston). Arthritis deformans. (the journ. of med. research. Bd. XXI. 2. 1909.)

Verf. haben Präparate von 65 Fällen von chronischer Arthritis deformans, die sie teils per autopsiam teils per operationem gewonnen hatten, makroskopisch und mikroskopisch untersucht und bringen eine Menge von wundervoll reproduzierten Mikrophotogrammen und farbigen Bildern. — Was sie unter A. d. verstehen, nennen wir nach dem Vorgang von Hoffa-Wollenberg chronischen polyarticulären progressiven Gelenkrheumatismus. Sie unterscheiden zwei Hauptgruppen, die proliferative und die degenerative A. d.

Die Aetiologie der proliferativen A. d. ist Gelenkempyem, Gonorrhoe, Syphilis, Trauma, Frakturen mit Dislokationen, gestörter Stoffwechsel. Der Prozess beginnt in der Synovialmembran, die Granulationen in das Gelenk wuchern lässt, die sich ihrerseits pannusartig über den Gelenkknorpel legen und diesen zum Teil zerstören. Ferner werden beobachtet Proliferationen des Perichondriums, das den Gelenkknorpel überzieht. Dieses Proliferationsgewebe kann verknorpeln oder verknöchern. Weiter findet man Wucherungen des an sich vermehrten Bindegewebes im Epiphysenmark durch die provisorische Verkalkungszone in den Gelenkknorpel hinein, u. U. Zerstörung desselben. — Schliesslich kann sich das Endosteum, d. h. die Osteoblasten der Trabekel, in den Knorpel hineinbegeben und hier u. U. neue Trabekel produzieren.



Je nachdem der eine oder der andere Prozess überwiegt, hat man es mit fibrösen Verwachsungen der beiden Gelenkflächen zu tun, oder mit knorpliger oder knöcherner Ankylose Die Trabekel der Epiphyse werden dünner, spärlicher (Atrophie im Röntgenbild!) die Kortikalis wird verdünnt. Dies ist als Folge der mangelnden Bewegung aufzufassen, als einfache Kalkresorption, nicht etwa als Osteoklastenwirkung. Polypoide Wucherungen der Synovialis sind selten. Kontrakturen und Subluxationen können die letzten Folgen des Prozesses sein.

Die degenerative A. d. hat als Ursache ebenfalls Traumen und Dislokationen, tritt aber meist im Alter auf, namentlich bei Frauen, die schwer gearbeitet haben, ferner bei älteren Leuten, die wegen anderer Krankheiten das Bett lange hüten mussten, schliesslich bei Gicht und Nervenerkrankungen (Tabes). Zunächst kommt es hier zu einer Auffaserung des Gelenkknorpels (jedoch ohne jede Entzündung!), zur Erweichung und Erosion desselben bis zum völligen Verschwinden, so dass u. U. Knochen an Knochen liegt und, da die Beweglichkeit erhalten ist, die Knochenoberfläche eburniert und glatt schleift. Wird nur teilweise der Knorpel an dem einen Gelenkende zerstört, so sucht die gegenüberliegende Stelle der anderen Gelenkfläche den Verlust auszugleichen und wuchert, wodurch beide Flächen höckerig werden. Auch hier kommt es zu Subluxationen, aber nie zu Ankylosen, wenn auch Bewegungsbehinderungen infolge der Zerstörung der Gelenkflächen vorkommen. Sekundär kann das Perichondrium am Kapselansatz und in diesen hinein wuchern, verknorpeln und verknöchern, so dass es zur Ausbildung der Heberdenschen Knoten kommt. Die Kapselverdickung ist nicht stark (ausser bei den neuropathischen Gelenken!), dagegen kann die Synov. sekundär manchmal ganz enorm wuchern, es können Papillen herauswachsen, die sich zum Teil abschnüren und in ihrem Zentrum Knorpel, Knochen oder Fett enthalten (Lipoma arborescens).

Je nachdem nun die einen oder die anderen Gebilde durch Proliferation oder Degeneration hervortreten resp. verschwinden, hat man klinisch verschiedene Bilder, deren Aetiologie übrigens in den meisten Fällen unklar bleibt.

Die proliferative A. d. kommt schon bei Kindern vor (Stillsche Krankheit), bei jugendlichen Erwachsenen ist sie sogar häufig. Die Krankheit setzt häufig plötzlich ein, ganz wie beim akuten Gelenkrheumatismus, dessen lokale und allgemeine Symptome sie auch hat. Zunächst stehen Schmerzen und Steifigkeit der Gelenke in dem



Vordergrund, später Ankylosen, Subluxationen, Kontrakturen. Das Röntgenbild zeigt schon sehr bald Knochenatrophie.

Bei der degenerativen A. d. sind die Patienten gewöhnlich alt, (mit Ausnahme der Erkrankungen des Zentralnervensystems). Fast immer setzen die Beschwerden langsam ein, ein Glied oder mehrere werden schwächer, das Röntgenbild zeigt noch nichts. Erst später werden Verbreiterungen der Gelenke sichtbar, bedingt durch Knochen- und Knorpelwucherung, nicht durch Kapselverdickung. Dann kann es auch zu Bewegungsbehinderung und Schmerzen kommen. Das Röntgenbild zeigt dann ausser der Knochenverdickung grössere Dichtigkeit der Knochen, ev. Heberdensche Knoten, Schmalheit der Gelenklinie. — Durch die Synovialproliferation kann ev. das Bild verwischt werden. **Ewald**-Hamburg.

7) **Ewald** (Hamburg). Die Schmerzen bei der Arthritis deformans. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 19. S. 898.)

Verf. ist auf Grund seiner Erfahrungen zu der Ansicht gelangt, dass in vielen Fällen die Arthritis deformans ohne Schmerzen verläuft. Kommt dazu ein Trauma oder ein anderer Insult des Gelenkes, so wird das Gelenk erst infolge der eintretenden Synovitis schmerzhaft. Man findet vielfach beiderseits in den Gelenken arthritische Veränderungen, während nur die eine Seite infolge eines Traumas schmerzhaft ist, wie an mehreren Fällen gezeigt wird. Die Proliferationsvorgänge ist Verf. geneigt, als reparatorische Prozesse anzusehen in dem Sinne, dass Inkongruenzen ausgeglichen und an Stellen, wo Unterstützung nötig ist, frischer Knochen apponiert wird. Vor allem gilt dies für die Arthritis auf der Basis gestörter Statik des Gelenks. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

8) **Zesas** (Lausanne). Ueber Pneumokokken-Arthritiden. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 128.)

In seltenen Fällen kommt es bei Pneumonie zu Metastasen in den Gelenken, hin und wieder auch von Pneumokokkenerkrankungen des Mittelohres aus. Am häufigsten betroffen ist das Schultergelenk, sodass auch an ein Ueberwandern auf dem Weg der Lymphgefässe zu denken ist. Zur präzisen Diagnose ist ein Nachweis der Pneumokokken im Gelenk erforderlich, da auch anderweitige Gelenkaffektionen zu gleicher Zeit vorkommen können. Ausser leichten Formen neigen diese Arthritiden meist zur Eiterbildung und erfordern dann Eröffnung des Gelenkes resp. dessen Resektion. Die Prognose ist schon wegen der Grundkrankheit eine zweifelhafte. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



9) **Morsaline.** Lipomatose symétrique. (Rev. de la Sociedad Médica Argentina. Bd. XVIII. Nr. 92.)

M. hat bei zahlreichen Kranken, welche an chronischen rheumatischen Affektionen der Gelenke litten, in der Nähe dieser Gelenke symmetrisch angeordnete Fettgeschwülste beobachten können. Besonders fand er diese Geschwülste in der Umgebung der Kniegelenke und der Ellenbogengelenke, zuweilen auch der Hüftgelenke. Er glaubt, dass diese Fettbildungen mit der Gelenkaffektion in irgend einem ursächlichen Zusammenhange stehen; denn bei manchen von diesen Kranken, welche Thyreoidinkapseln einnahmen, schwanden die Fettgeschwülste zugleich mit den Symptomen der Gelenkerkrankungen. **Stein**-Wiesbaden.

10) **Matsuoka** (Kioto, Japan). Ueber die Hämophilia spontanea. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 4.—6. H., p. 364.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von spontaner — das ist die nicht ererbte — Hämophilie mit Hämarthrosbildung, wobei namentlich Knie- und Ellenbogen-Gelenke befallen waren und das vollkommene Bild eines Tumor albus tuberculosus darboten. Im 1. Fall versuchte Verf. ohne wesentlichen Erfolg Antidiphtherieserum, in beiden Fällen ebenso ohne Erfolg Gelatinekochsalz-Injektionen. Im Anschluss an diese Fälle gibt Verf. eine Uebersicht über das Wesen der Hämophilie und der dabei auftretenden Gelenkerkrankungen, von denen er ein Stadium der Blutung-Hämarthros, ein Stadium der Entzündung und ein regressives Stadium der Ausbildung bleibender Deformitäten unterscheidet. Therapeutisch ist bei Hämophilie und zur Behandlung von Blutergelenken sehr Vieles empfohlen worden (Gelatine, Calciumchlorid, Adrenalin, Blutserum, Antidiphtherieserum), aber, wie auch Verf.'s Fälle beweisen, meist nur mit sehr geringem Erfolg verwendet worden. **Baisch**-Heidelberg.

11) **Elbe** (Rostock). Zur Fistelbehandlung mit Einspritzungen von Wismutpaste nach E. G. Beck. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 13. S. 617.)

Die in der Rostocker Klinik gesammelten Erfahrungen, 20 Fälle, sprechen den Wismutinjektionen bei Fisteln wohl eine erhebliche diagnostische Bedeutung zu, weniger günstig sind dagegen die therapeutischen Ergebnisse. Nur in wenigen Fällen trat Heilung resp. Besserung ein. Die grössere Hälfte wurde nur vorübergehend gebessert resp. blieb unbeeinflusst. Leichte graublaue Verfärbung des Zahnfleisches wurde in 3 Fällen bemerkt, bei einer Pat. trat 8 Wochen nach der ersten Injektion (im ganzen 6 Einspritzungen)



eine schwere ulceröse Stomatitis auf. Verf. ist mit anderen der Ansicht, dass diese Behandlung nur im Krankenhaus vorgenommen werden dürfe, damit jederzeit bei drohender Wismutvergiftung die Paste entfernt werden kann. Die Nitritvergiftung ist durch Verwendung von Bismutum carbonicum zu vermeiden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

12) **Stein** (Wiesbaden). Zur Technik der Paraffin-Injektionen. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 9. S. 412.)

St. gibt eine Spritze an, die durch Schraubenwirkung eine Injektion von Paraffin in erkaltetem Zustande ermöglicht. Es wird auf diese Weise die Gefahr einer Embolie vermieden.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

13) **M. Gayarre.** Un caso de amiotonia congénita (enfermedad de Oppenheim). (Rev. Clin. de Madrid Bd. I. Nr. 12. 1909.)

Mitteilung eines Falles der von Oppenheim im Jahre 1900 zuerst beschriebenen Amyotonia congenita. Es handelt sich um ein siebenjähriges Kind, dessen Mutter 5 Aborte durchgemacht hatte. Vater und Geschwister sind gesund. Im Alter von 3 Monaten hatte das Kind Masern, darauf Keuchhusten und später nach Aussage der Mutter einen Anfall von Meningitis. Es verlor die Sprache und blieb bis zum Alter von 3 Jahren unbeweglich, schlaff und „ohne Bewusstsein". Darauf fing es an die Füsse zu bewegen, nicht aber die Unterschenkel und Oberschenkel. Die Untersuchung ergab geschlossene Fontanelle, normale Bewegung der Lippen und der Zunge, sowie der Augen. Auffallend war die Hypotonie der Extremitäten und des Rumpfes. Die Hände konnten z. B. ohne Anstrengung passiv in die unmöglichsten Stellungen gebracht werden, ebenso die Beine und Füsse. Letztere konnten nach hinten bis an den Hinterkopf erhoben werden. Das Kind konnte Arme und Hände gut selbst bewegen. Die Reflexe waren gesteigert. Babinski war nicht vorhanden. Die elektrische Untersuchung ergab eine atypische Art von Entartungsreaktion.

Stein-Wiesbaden.

14) **P. H. Römer** und **K. Joseph** (Marburg). Spezifisch wirksames Serum gegen das Virus der epidemischen Kinderlähmung. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 11.)

Verff. berichten über einen neuen Versuch an einem Affen, der eine künstliche Poliomyelitisinfektion überstanden hat und gegen eine Reinfektion sich immun erwies. Ferner ist ihnen der Nachweis spezifisch wirkender Antikörper gegen das Virus der epidemischen Kinderlähmung geglückt: das Serum von Affen, die die Krankheit



bereits überstanden hatten, noch gesunden Affen intracerebral injiziert, neutralisierte das Poliomyelitisvirus und schützte die Affen vor Erkrankung. **Ewald** - Hamburg.

15) **Delbet.** L'ostéotomie dans le traitement de la maladie de Little. Pathogénie de cette affection. (Die Osteotomie bei der Behandlung der Littleschen Erkrankung und die Aetiologie dieses Leidens.) Ann. de chir. et de l'orth. Bd. XXIII. S. 73.

D. hat bei einer 21jährigen Pat., die schon mehrfach mit Tenotomien behandelt war, die noch bestehende Adduktion und Innenrotation der Beine durch subtrochantere Osteotomie zum Verschwinden gebracht und gute Gehfähigkeit erzielt. Verf. glaubt aber, dass eine Osteotomie oberhalb der Kondylen vorzuziehen sei, da nach Abnahme des Verbandes 5 Wochen nach der Operation infolge der Spasmen noch eine Verbiegung der Femora eintrat, die durch Extension wieder korrigiert wurde. Wegen der Frühgeburt (7 Monate) und wegen des positiven Ausfalls der Wassermannschen Reaktion glaubt D., dass die Lues doch wohl eine gewisse Rolle in der Aetiologie dieser Erkrankungen spiele. **Ottendorff** - Hamburg-Altona.

16) **Amza Jianu.** Chirurgische Behandlung der Facialislähmung. (D. Zeitschr. für Chir. 102. Bd. 4.—6. H. p. 377.)

Durch die meist wenig befriedigenden Erfolge, die die Nerventransplantation (Accessorius oder Hypoglossus) in Fällen von totaler Fazialislähmung ergaben — Verf. stellt kurz die bisher veröffentlichten Methoden und Fälle zusammen — ist verschiedentlich eine Muskelplastik versucht worden, um wenigstens die Gesichtsstatik zu bessern und namentlich das die Kranken am meisten belästigende Herabhängen des Lippenwinkels mit dem dadurch veranlassten Herausfliessen der Speisen und des Speichels zu beheben. Verf. gibt die von Jonescu in einem Falle mit gutem Erfolg ausgeführte Methode an. Es handelt sich um eine Plastik aus dem Musc. masseter, von dem die vordere Portion abgetrennt und in die Kommissur eingenäht wird; eventuell kann das Muskelbündel gespalten und je zur Hälfte in den Musc. orbicularis oris sup. und infer. eingenäht werden. Die in diesem Fall erzielte Besserung des Kauaktes und des Abfliessens von Speichel lässt das Verfahren als sehr nachahmenswert erscheinen. **Balsch**-Heidelberg.

17) **R. Klapp** (Berlin). Der Erwerb der aufrechten Körperhaltung und seine Bedeutung für die Entstehung orthogenetischer Erkrankungen. (Münch. med. Woch. 1910 Nr. 11 und 12.)

Die aufrechte Haltung des Menschen hat neben den Vorteilen



auch zu manchen Schädigungen geführt, die trotz der „weit zurückliegenden phylogenetischen Errungenschaft noch auf die heutigen Kulturmenschen“ einwirken. Unter Anführung der vergleichend anatomischen und anthropologischen Untersuchungen von Wiedersheim und Klaatsch, sowie entwicklungsgeschichtlicher Spekulationen („Die Ontogenie ist eine Rekapitulation der Phylogenie!“) werden einige Vorteile und Nachteile der aufrechten Körperhaltung besprochen. Ausser dieser soll aber noch ein weiteres Moment schädigend hinzutreten: die Kultur und ihr degenerierender Einfluss auf die Stütz- und Bindegewebe (Bier, Stiller). Die Entstehung aller Belastungdeformitäten (Plattfuss, X-bein, Skoliose) gehört hierher; doch kann die Mangelhaftigkeit der Gewebe nur darum so wirksam sein, weil der Mensch aufrecht steht und geht. Deshalb können derartige Krankheiten mit dem Epitheton „orthogenetisch-degenerativ“ näher bezeichnet werden. Hierher gehört u. a. auch die orthotische oder besser (Ichle) lordotische Albuminurie, ferner die Spondylolisthesis, z. T. auch der Thorax phthisicus. Da nun die vorher genannten Krankheiten alle dieselbe Basis haben, so muss man dafür sorgen, dass die orthogenetischen Nachteile vermieden werden. Am zweckmässigsten wird dies erreicht durch temporär ausgeführte Kriechbewegungen, wie sie namentlich vom Verf. für die Skoliose, „das prägnanteste Beispiel einer orthogenetisch-degenerativen Krankheit“, ausgebildet worden sind. Dieses Kriechen, namentlich in seinen Modifikationen (z. B. Tiefkriechen) ist auch ein gutes Mittel zur Mobilisierung eines starren und engen Thorax, der auch schon prophylaktisch beeinflusst werden sollte. Vor einer kritiklos angewendeten Therapie, die er übrigens eine „physiologisch begründete“ nennt, warnt Klapp.

Ewald-Hamburg.

18) **Marcus** (Wien). Zur Bewertung des angeborenen Pektoralisdefekts als Status sui generis. (Deutsche med. Wochenschrift. 1919. Nr. 9. S. 415.)

M. beobachtete bei einem Mädchen einen Pektoralisdefekt mit Hautatrophie und Flughautbildung und bei dessen Tante Deformitäten der Hände, wie sie vielfach als Begleiterscheinungen von Pektoralisdefekt beschrieben werden. Da Verf. diese Entwicklungsstörungen der Hand bei der Tante durch mechanische Momente bedingt erscheinen, so glaubt er auch den Pektoralisdefekt der Nichte auf solche äusseren Momente zurückführen zu können.

Ottendorff - Hamburg-Altona.



19) **Schiff** (Berlin). Ueber angeborene Halswirbelsäulenlordose. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 15. S. 709.)

Bei einem 24jährigen Manne fand sich eine starke Lordose der Halswirbelsäule, die eine erhebliche Bewegungsbeschränkung in Bezug auf Vorwärtsneigung und Drehung des Kopfes verursachte. Die Rückwärtsneigung war dagegen in abnormer Ausgiebigkeit möglich. Die Röntgenaufnahme bestätigte den durch äussere Untersuchung erhobenen Befund, gab aber keine ätiologische Erklärung. Verf. glaubt aus der Tatsache, dass die Scaleni sich derb, strangartig anfühlten, den Schluss ziehen zu können, dass eine Geburtsverletzung (Lange) zu einer Degeneration dieser Muskeln ebenso wie des Sternokleidomastoideus beim Tortikollis geführt und dadurch die Lordose bewirkt habe. Eine primäre Knochenveränderung der Halswirbelsäule war durch das Röntgenbild auszuschliessen.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

20) **Kölliker** (Leipzig). Skoliose und Spondylitis in ihrem Verhältnis zur Speiseröhre und zur Oesophagoskopie. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 22.)

Bei der Skoliose pflegt der Oesophagus im allgemeinen geradlinig zu verlaufen. Er ist dabei infolge der elastischen Retraktion verkürzt. Bei Spondylitis kann das Verhalten der Speiseröhre das gleiche sein, doch können entzündliche Erscheinungen zu Verlagerungen, Knickungen und Verengerungen führen.

Oesophagoskopie wird deshalb bei Skoliose selten auf Schwierigkeiten stossen, bei Spondylitis kann sie dagegen schwer oder manchmal unmöglich sein. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

21) **G. J. Mixter** und **R. B. Osgood** (Boston). Traumatic lesions of the atlas and axis. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. Nr. 3)

Die Verletzungen an Atlas und Epistropheus sind selten. Am häufigsten werden noch reine Luxationen oder Subluxationen beobachtet, seltener sind Frakturen des Zahnfortsatzes des Epistropheus und ganz selten sind Frakturen der Atlasbögen oder der Massae laterales.

Wenn nicht sofort nach dem Unfall der Tod eintritt, sind die Störungen meist überraschend gering. Nur die Kopfhaltung ist verändert, der Hals steif, meist ist auch eine Occipitalneuralgie zu konstatieren, die sich hartnäckig hält. In einem Fall wurde erst später eine Myelitis infolge Kallusdruck beobachtet.

Zur Diagnose ist das Röntgenbild unumgänglich nötig. Als



Behandlung kommt nur die vorsichtig versuchte unblutige Reposition in Frage, sonst — bei misslungener Reposition — Stützapparate.

Ewald - Hamburg.

22) **Edwin W. Ryerson** (Chicago). Subluxation of third cervical vertebra. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. 3.)

Ein Mädchen hatte beim Spiel eine Verletzung am Nacken erlitten, die immer als Tortikollis gedeutet und ohne Erfolg behandelt wurde. Erst nach einem halben Jahre wurde nach Befund und Röntgenbild eine Rotationssubluxation des III. Halswirbels festgestellt. In tiefer Narkose konnte nach Erschlaffung aller Mukeln die Luxation unblutig reponiert werden.

Ewald-Hamburg.

23) **George R. Elliot** (New-York). Some myogenous types of rigid spine. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. 7. Nr. 3.)

1. Rigiditas dorsalis myopathica.

Ein 20jähr. Mann bekam vor 5 Jahren ischiasartige Schmerzen in beiden Extremitäten, später auch in den Armen ein Schwächegefühl. Bei der jetzigen Untersuchung ist die normale Lendenlordose verschwunden, die unteren zwei Drittel der Wirbelsäule sind völlig versteift; die Rückenmuskulatur ist hart und gespannt. Bei passiven Bewegungsversuchen Schmerzen. In Chloroformnarkose verschwindet die Rigidität, und die Wirbelsäule kann normal bewegt werden. Dampfbäder und Massage brachten einige Besserung. Aetiologie: am wahrscheinlichsten Rheumatismus, da auch die Knie- und Fingergelenke vorher rheumatisch erkrankt waren.

2. Myositis ossificans.

15jähr. Junge, im Anschluss an Scharlach im ersten Lebensjahr erkrankt, erst mit 4 Jahren laufen gelernt. Die Wirbelsäule ist langsam steifer geworden, ebenso eine Hüfte, die Schultern sind nach vorn gezogen. — 2 durch Trauma zufällig entstandene oberflächliche Narben an Stirn und Daumenballen zeigen knöcherne Einlagerungen.

Der Erector trunci fühlt sich hart an und wölbt sich scharf unter der Haut vor, die dorso-lumbale Wirbelsäule ist völlig versteift, ebenso die Nackenmuskulatur.

Trapezius, Nacken- und lange Rückenmuskeln, Pectorales sind völlig ossifiziert, der musc. subscapularis und glutaeus max. teilweise.

Bezügl. der Aetiologie schliesst sich E. der Zieglerschen Theorie an, dass das Bindegewebe in diesem Fall kongenital die besondere Fähigkeit behalten habe, Knochen zu bilden.



In der Diskussion*) betont Sayre bezügl. des ersten Falls, dass die Erschlaffung der Muskeln in Narkose auch bei Gelenkerkrankungen beobachtet wird, weshalb er eine Gelenkentzündung der Wirbelsäule eher annehme als eine Muskelerkrankung. Elliot widerspricht dem, indem er auf die anatomischen Untersuchungen der Muskeln (Senator) hinweist, die eine Vermehrung des Bindegewebes ergeben hätten.
Ewald-Hamburg.

24) **Blenke** (Magdeburg). Einige Bemerkungen zu dem Bericht des Düsseldorfer Oberbürgermeisters, das orthopädische Schulturnen betreffend. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.—4. H. S. 505.)

Der Bericht des Oberbürgermeisters in Düsseldorf über das Ergebnis der Skoliosenturnkurse an den dortigen Volksschulen lautete derartig günstig, dass Bl. sich veranlasst sieht, gegen die, wie er feststellt, ungenaue Untersuchung am Anfang und Ende des Kursus Stellung zu nehmen. Der zweite Kursus, bei dem die Erfolge als noch besser angegeben wurden, stand überhaupt nicht unter ärztlicher Kontrolle. Bl. weist unter Anführung einer Reihe von Autoren auf diesem Gebiete darauf hin, dass die Skoliose in dem Umfange und auf diese Weise, wie im Bericht behauptet wird, überhaupt nicht geheilt werden könne. Er zeigt die Gefahr, die in solchen Berichten über die Heilbarkeit selbst schwerer Skoliosen liegt und die vor allem darin besteht, dass die Eltern, dadurch in Sorglosigkeit gewiegt, die Zeit, in der eine Skoliose noch im Beginn und somit heilbar ist, versäumen. Eine Erklärung des abnorm günstigen Resultates der Kurse kann, wie jeder Orthopäde bestätigen wird, nur in der Ungenauigkeit der Feststellung des Anfangs- und Endzustandes gefunden werden.
Ottendorff - Hamburg-Altona.

25) **Schrakamp** (Düsseldorf). Zur Arbeit des Herrn Dr. Blenke betr. die orthopädischen Turnkurse in Düsseldorf. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 187.)

Sch. erklärt gegenüber den Einwendungen Blenkes, dass die Vorbildung der Turnlehrerinnen in den orthopädischen Turnkursen eine gute gewesen und dass auch die ärztliche Ueberwachung genügend gewesen sei. Der Bericht sei deshalb so ausgefallen, weil er der Schuldeputation über erfolgreiche Verwendung der bewilligten Gelder Rechenschaft ablegen müsse. Jedenfalls seien die Erfolge gute gewesen.
Ottendorff - Hamburg-Altona.

---

*) Vortrag in d. amer. orth. assoc. Hartford, Juni 1909.



26) **Blenke** (Magdeburg). Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen des Herrn Medizinalrat Dr. Schrakamp zu meiner Arbeit betr. die orthopädischen Turnkurse in Düsseldorf. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 200.)

B. stellt gegenüber den Bemerkungen Schrakamps fest, dass eine genügende ärztliche Ueberwachung nicht stattgefunden habe, da junge Assistenten, die noch dazu wechselten, kaum die nötige Erfahrung haben dürften, und wendet sich nochmals gegen die in Düsseldorf festgestellten Heilungsresultate, die nach seiner und aller Orthopäden Erfahrung direkt als unmöglich bezeichnet werden müssten. Es könne nur in den ungenügenden Untersuchungsmethoden begründet sein, dass solche Erfolge zur Veröffentlichung gelangten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

27) **J. Goyanes.** Amputación interescápulo-torácica á colgajo anterior. (Rev. Clin. de Madrid. Bd. II. Nr. 21. 1909.)

Die Wegnahme des gesamten Schultergürtels ist nach G. eine in der Mehrzahl der Fälle, bei welchen sie ausgeführt wurde, unnötige Operation. G. führt keine weiteren Beweise für die Richtigkeit dieser Behauptung an; er vermehrt dagegen die Zahl der erfolgreich an dieser sehr eingreifenden Operation Operierten um einen weiteren Fall. Es handelt sich um einen 24jährigen jungen Mann, welcher seit 2 Monaten in dem oberen Teil des rechten Oberarms heftige Schmerzen verspürte. Die Untersuchung ergab eine nussgrosse Geschwulst in der Gegend des Akromion. Die Geschwulst wurde exstirpiert und die Schmerzen verschwanden zunächst. Sie kehrten aber schon nach drei Monaten wieder und es fand sich nun eine neue Geschwulst, welche etwas grösser war als die erste und welche mehr nach hinten zu lag. Ausserdem waren in der Achselhöhle und in den Supraklavikulargruben zahlreiche angeschwollene Drüsen fühlbar. Es wurde nun die Wegnahme des gesamten Schultergürtels einschliesslich des Schlüsselbeins nach vorheriger Unterbindung der Subklavia vorgenommen. Die Operation dauerte 25 Minuten, die Heilung war ungestört. Es zeigte sich, dass die Geschwulst ihren Ausgang von der Skapula genommen hatte, welche fast vollständig zerstört war. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Rundzellensarkrom. **Stein**-Wiesbaden.

28) **Zesas** (Lausanne). Die Periarthritis humero-scapularis. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 175.

Die Periarthritis des Schultergelenks besteht in einer Entzündung der das Gelenk umgebenden Schleimbeutel. Die Ursache



ist meist ein Trauma der Gelenkgegend. Akut tritt die Erkrankung selten auf, meist ist sie chronischer Natur und kann in schweren Fällen zur Obliteration der Schleimbeutel führen. Am stärksten ist die Abduktion des Armes dabei behindert. Therapeutisch kommt bei akuten Fällen für ganz kurze Zeit Ruhigstellung in Betracht, bei chronischen Fällen Mobilisation eventuell in Narkose und mediko-mechanische Nachbehandlung. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

29) **Lindemann.** Ueber doppelseitige traumatische Schultergelenksluxation. (D. Z. f. Chir. 102. Bd. 4—6. H. p. 561.)

Verf. berichtet über 6 Fälle doppelseitiger Schulterluxation die z. T. beide gleichzeitig entstanden waren; z. T. war zu einer alten einseitigen eine Luxation der anderen Seite hinzugekommen. In mehreren Fällen waren eine oder beide Seiten schon früher luxiert gewesen. Der Entstehungsmechanismus war in den Fällen des Verfassers stets indirekt durch Fall auf Hände oder Ellbogen, in einzelnen mag auch Muskelzug — plötzliche Bewegungen — mitgewirkt haben. In einem Fall musste blutig reponiert werden, sonst gelang die Reposition unblutig. Verf. will wegen der relativen Häufigkeit von Rezidiven die doppelseitige Schulterluxation als ein sehr ernstes Leiden inbezug auf die Erwerbsfähigkeit ansehen.

Baisch-Heidelberg.

30) **J. Goyanes.** Un caso de luxación del húmero muy antigua (dos anõs). Reduccion incruenta. (Rev. Clin. de Madrid. Bd. II. Nr. 16. 1909.)

G. glaubt, dass bei veralteten Luxationen des Humerus viel zu häufig blutig operiert werde, ohne dass ein ernstlicher Versuch der unblutigen Reposition überhaupt vorangegangen sei. Er führt aus seiner eigenen Praxis 6 Fälle an, bei welchen die Luxationen zwischen 15 Tagen und 2 Jahren bestanden hatten und welche er alle ohne irgendwelche üblen Zufälle in Narkose unblutig und dauernd reponieren konnte. Der Fall, bei welchem die Luxation etwas über 2 Jahre bestanden hatte, betraf eine 45jährige Frau. Photographie und Röntgenbilder sind der Mitteilung dieses Falles beigefügt. G. bedient sich zu der Einrenkung vorzugsweise des Kocherschen Verfahrens und unterstützt dasselbe am Schluss öfters durch das sogenannte physiologische Verfahren von Mothe. In dem angeführten Falle gestaltete sich die Operation im einzelnen folgendermassen: Energischer Zug und Zirkumduktionsbewegung; Abduktion; Rotation nach aussen; Bewegung bis zur Erhebung des Ellbogens in Kopfhöhe; Adduktion mit Innenrotation. Jetzt pflegt



der obere Teil des Humerus beweglich zu werden; aber die Einrenkung gelingt noch nicht. Es wird nun eine Hyper-Abduktion zugleich mit starkem Zug vorgenommen, welche von einer schnellen Adduktion, verbunden mit Flexion, gefolgt ist. Dabei übt ein Assistent mit der Faust einen energischen Druck in der Achselhöhle aus. Nach wenigen Minuten pflegt dann die Einrenkung von statten zu gehen. Nachbehandlung im Velpeauschen Verband.

Stein-Wiesbaden.

31) **Preiser** (Hamburg). Ueber Epikondylitis humeri. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 15. S. 712.)

Nach P.'s Erfahrungen handelt es sich bei der von Franke, Bernhardt und Momberg geschilderten Schmerzhaftigkeit am Epikondylus humeri nicht um eine Periostitis, sondern um Arthritis deformans des Ellenbogengelenks infolge inkongruenter Gestaltung der Gelenkflächen.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

32) **Esau** (Oschersleben). Ein Fall von lokalem Tetanus der Hand. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 15. S. 706.)

E. beobachtete eine 5—6 Tage nach einer Schrotschussverletzung der Hand auftretende Muskelkontraktur im Gebiete des Medianus, die erst ca. 8—9 Tage im Anschluss an einen operativen Eingriff zu einem allgemeinen Tetanus wurde.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

33) **H. Hilgenreiner.** Neues zur Hyperphalangie des Daumens. Beitr. z. kl. Chir. 67. Bd. (Festband für Wölfler) p. 196.)

Verf. bringt in Ergänzung seiner früheren Arbeit über das gleiche Thema (Bruns Btrge. Bd. 54) einige neue wertvolle Befunde, die ihn zu folgenden Schlussfolgerungen bringen: Die Hyperphalangie des Daumens ist weniger selten als man bisher annahm, exquisit vererblich und als Polygenese der Mittelphalanx des Daumens aufzufassen. Sie kann eine unvollständige — mehr oder minder weitgehende Vereinigung von Mittel- und Endphalanx, oder eine vollständige — Mittelphalanx völlig abgetrennt aber rudimentär, oder 3. eine vollkommene — Mittelphalanx ganz ausgebildet sein. Ganz besonders bemerkenswert ist ein Fall, der 10., den Verf. mitteilt, bei dem erst post partum sich mit dem Auftreten der Epiphysen an einem Daumen eine Mittelphalanx ausbildete. Sehr energisch wendet sich Verf. gegen die früher öfters aufgestellte Behauptung, dass es bei vollkommener Dreigliedrigkeit des Daumens oder eventueller Verdoppelung desselben, wodurch der Daumencharakter stark schwindet, sich um Duplizität oder Triplizität des



Zeigefingers mit Fehlen des Daumens handele. Eine vom Verf. einmal ausgeführte Vereinigung des Doppeldaumens zu einem Daumen verdient wohl für ähnliche Fälle der Nachahmung.

Baisch-Heidelberg.

34) **E. Gasne.** Malformation des pouces par arrêt de développement du premier métacarpien. (Rev. d'orthop. 1910. Nr. 1.)

1. Zwillingskind (das andere ist normal). An der linken Hand, die im Uebrigen wohlgebildet, hängt der Daumen schlaff und bewegungslos wie ein Appendix. Die Phalangen und das os metacarpale I sind rudimentär vorhanden. Der Daumenballen fehlt, ebenso die Beuge- und Strecksehnen. Unterarm im ganzen schwächer, Pro- und Supination etwas behindert.

2. Kind von gesunden Eltern, linkerseits dieselbe Daumenmissbildung wie im Fall 1, rechts fehlt der Daumen völlig, ausserdem Klumphand und völliger Radiusdefekt.

Da die Daumenrudimente mehr schaden als nützen, werden sie operativ entfernt.

Ewald-Hamburg.

35) **Bibergeil** (Berlin). Klinodaktylie und Störung des Knochenwachstums. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 105.)

Bei B.'s Patient (Kind von 14 Monaten) bestand eine seitliche Deviation des Ringfingers und zwar hauptsächlich im proximalen Interphalangealgelenk. Sowohl das Röntgenbild wie die histologische Untersuchung ergab eine vorzeitige Verknöcherung der Epiphysen an Metakarpus und Phalangen dieses Fingers. Verf. führt auf dieses Verhalten der Epiphysen auch die seitliche Abweichung des Fingers zurück.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

36) **Ewald** (Hamburg). Die Madelungsche Deformität als Symptom und Krankheit sui generis. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIII. Bd. 3.—4. H. S. 470.)

Das Bild der Madelungschen Deformität — Hervorragen der unteren Ulnaepiphyse nach der Dorsalseite, scheinbare volare Subluxation im Handgelenk und Bewegungsbeschränkung — kann durch ein Trauma zu Stande kommen. Meistens handelt es sich um eine Verkürzung des Radius durch einen disloziert geheilten Bruch, wobei die Abreissung des Proc. styl. ulnae die Deformität noch verstärken kann. Zu unterscheiden sind von diesen Füllen diejenigen kongenitalen Charakters, von denen Verf. drei Fälle bringt. Bei diesen Handgelenken ist das äussere Bild dasselbe, verursacht wird die Missbildung



aber durch eine Veränderung der unteren Radiusepiphyse, die in ihrem ulnaren Teil einen muldenförmigen Defekt aufweist, sodass die Verbindung mit der Ulna aufgehoben ist und die Handwurzel zwischen die beiden Unterarmknochen disloziert erscheint. Verursacht ist diese Veränderung der Radiusepiphyse durch eine Wachstumsstörung der Epiphysenlinie. Wenn auch die Veränderungen erst im 8. bis 13. Lebensjahre auftreten, so weist doch vor allem die ausgesprochene Heredität auf einen kongenitalen Ursprung hin.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

37) **J. Kindl.** Isolierte Handwurzelknochenverletzungen. (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 67. (Festband für Wölfler) p. 549.)

Die überwiegende Häufigkeit der Navikularefrakturen gegenüber anderen Handwurzelknochenverletzungen beweist wiederum, dass Verf. aus der chirurg. Klinik neben 5 Navikularefrakturen nur noch 1 Fall von Frakt. des Multangulum majus bringt. Die Multangulumfraktur war mit einer Abrissfraktur am proximalen Ende des 1. Metakarpus (einer sog. Bennetschen Fraktur) kombiniert. Leichenversuche des Verf. über die Entstehung der Multangulumfraktur ergaben, dass diese unter 10 Fällen nur 1 mal auftrat bei kräftigem Metarkarpus, wenn derselbe abduziert und durch seitlichen Druck (Flanellbinde) am Abgleiten gehindert war. Es waren bei gebeugtem Daumen kräftige Schläge auf das Metarkarpusköpfchen ausgeführt worden. In 3 Fällen erhielt Verf. bei seinen Versuchen eine Bennetsche Fraktur in 4 Fällen, eine volare Luxation des Metakarpus, ein Beweis, wie selten Multangulumfrakturen auf diesem Wege entstehen. Die konservative Therapie — Extension am Metakarpus I, und Ruhigstellung — hatte in dem mitgeteilten Falle vollen Erfolg. — Bezüglich Aetiologie, Symptomatologie und Diagnose der Navikularefrakturen bringt Verf. Bekanntes, bezüglich der Therapie tritt er für möglichst konservative Behandlung ein und lehnt die Frühoperation ab, da unsere Erfahrungen über die Späterfolge von Navikularexstirpation zu gering seien.

Balsch-Heidelberg.

38) **Morian.** Beitrag zu den Brüchen der Daumen- und Grosszehen-Sesambeine. (Deutsche Zeitschr. für Chir. 102. Bd. 1.—6. H. p. 387.)

Verf. teilt 6 Fälle aus der Huyssens-Stiftung in Essen-Ruhr mit und kommt auf Grund seiner Beobachtung und der Literatur zu folgenden Schlussfolgerungen: Sowohl am Daumen als an der Grosszehe kommen nicht nur direkte Zertrümmerungs-, sondern auch



indirekte Abrissbrüche der Sesambeine vor. Am Daumen sind die Sesambeinbrüche sehr selten, an der Grosszehe sind die direkten dagegen wohl recht häufig, meist sind sie mit anderen Frakturen kombinert. Die Heilungsaussichten sind im allgemeinen bei exspektativer Therapie günstig, in besonderen Fällen kann die Exstirpation der Fragmente nötig werden. **Balsch**-Heidelberg.

39) **R. Schlichting** (Völklingen). Zur Kasuistik der seitlichen Interphalangealluxationen. (D. Zeitschr. f. Chir. 104. Bd. 1.—2. H., p. 195.)

Kurze Mitteilung eines der selteneren Fälle von seitlichen Interphalangealluxationen, durch direkte Gewalt entstanden. Während das Ende des Zeigefingers auflag, wurde durch einen Hammerschlag das Grundglied desselben ulnarwärts getrieben. Die Diagnose wurde aus der Unmöglichkeit sowohl der aktiven wie passiven Beugung im Mittel- und Endgelenk gestellt und durch Röntgen bestätigt. **Balsch**-Heidelberg.

40) **F. Smoler** (Olmütz). Zur chirurg. Behandlung der Spina ventosa. (Beitr. z. klin. Chir. 67. Bd. (Festband f. Wölfler) p. 79.)

Auch bei der Behandlung der Spina ventosa hat sich die osteoplastische Operationsmethode neben der einfachen Exkochleation ein grosses Feld erobert. Es sind dies die beiden Methoden von Bardenheuer, die Spaltungsmethode (veröffentlicht 1894) und die Drehmethode (veröffentlicht 1896). Bei beiden werden die benachbarten Knochen benutzt, um in den Defekt der entfernten kranken Phalange oder Metacarpus resp. Metatarsus eingesetzt zu werden. Müller ersetzt den entfernten Knochen durch eine Spange der langen Röhrenknochen. Verf. veröffentlicht nun 26 Fälle aus dem mährischen Landkrankenhaus in Olmütz, die mit diesen Methoden operiert wurden, 8 nach Bardenheuers Spaltungsmethode, 3 nach Bardenheuers Drehmethode und 15 nach Müllers freier Autoplastik. Die operativen Heilresultate waren in 25 Fällen gut, die Dauerresultate in 9 Fällen. Den geringen Prozentsatz an guten Dauerresultaten schreibt Verf. auch den schlechten hygienischen Verhältnissen zu, in die ein grosser Teil der Patienten zurückkam und die Rezidive begünstigten. — Bezüglich der Wahl der Methoden hält Verf. bei Metacarpusfällen die Bardenheuersche Spaltungsmethode für die sicherere, da die Ernährungsverhältnisse der substituierenden Spange besser sind als bei der freien Plastik. Hier



kamen Sequestrierungen der Spangen in einigen Fällen vor, bei der B.'schen Methode nie. Bei Spina ventosa der Finger ist ein Vorteil der einen oder der anderen Methode nicht zu erkennen. — Die Einzelheiten der Operationsmethoden müssen in den betreffenden Originalien nachgesehen werden. **Balsch**-Heidelberg.

41) v. **Hacker.** Autoplastischer Ersatz der Streck- und Beugesehnen der Finger durch entbehrliche Sehnen des Handrückens. (Beitr. z. klin. Chir. 66. Bd. 2. H. p. 259.)

Verf. hat in dieser Arbeit 2 Methoden des Sehnenersatzes angeführt: 1. den autoplastischen Ersatz von Fingerrückensehnen. Das Verfahren besteht darin, dass man von den Fingern die zwei Extensorensehnen besitzen (Daumen, Zeige- und Kleinfinger), die minderwertige oberhalb des Knöchelgelenkes (eventuell bis am Handgelenk) abtrennt, nach vorne umschlägt und entweder mit dem noch erhaltenen peripheren Sehnenstumpf vereinigt oder direkt in das Nagelglied einpflanzt. Dieses Verfahren ist einzeitig. 2. Den autoplastischen Ersatz von Fingerbeuge- oder -strecksehnen als zweizeitiges Verfahren. Im 1. Akt wird eine der oben erwähnten Strecksehnen am Handgelenk aufgesucht und durchschnitten, durch eine Inzision über dem Knöchelgelenk herausgezogen und nun in subkutanem Kanal zur Beugeseite des Fingers, dessen Beugesehne ersetzt werden soll, geleitet und hier an der Nagelphalanx befestigt. Die Sehne muss mit einer präparierten Bruchsackröhre umgeben werden, um spätere Verwachsungen zu verhüten. Im 2. Akt wird die Verbindung dieser neuen Sehne mit den zentralen Flexoren-Sehnenstümpfen hergestellt. Diese Methode ist anwendbar zum Ersatz der Beugesehnen aller Finger und der in der Hohlhand liegenden Abschnitte. Ferner zum Ersatz aller Strecksehnen am Finger- und Handrücken.

Balsch-Heidelberg.

42) **Zur Verth.** Ueber spontane Zerreissung der Sehne des langen Daumenstreckers. (D. Z. für Chir. 102. Bd. 4.—6. H. p. 569.)

Die unter dem Namen Trommlerlähmung früher als Neurose aufgefasste Erkrankung stellte sich als Zerreissung der Strecksehne des langen Daumenstreckers heraus. Später wurde diese Sehnenzerreissung auch bei anderen Berufsarten festgestellt, und Verfasser konnte zwei Fälle bei Kellnern und 1 Fall bei einem Holzbildhauer beobachten. Da bei normaler Beschaffenheit eine subkutane Sehnenzerreissung nie beobachtet wurde, muss eine pathologische Ver-



änderung des Sehnengewebes angenommen werden, wie sie durch den chron. traumatischen Reiz (bei den Trommlern) hervorgerufen wird. Auch ein einmaliges Trauma muss nach Verf.'s Ansicht imstande sein, ähnliche Veränderungen hervorzurufen. Die typische Stelle der Zerreissung der Daumenstrecksehne ist die, an der die Sehne unter dem Lig. carpi dorsale hervertretend sich in scharfem Winkel daumenwärts wendet. Vielleicht kommt Reibung über die Carpalia — ähnlich wie die Bänder der Schnürschuhe über die Oesen, mit inbetracht. — Die in den von Verf. aufgeführten Fällen ausgeführte Transplantation der Sehne des Ext. carpi radial. long. auf den peripheren Stumpf der durchrissenen Daumenstrecksehne hatte vollen Erfolg. **Baisch**-Heidelberg.

43) **Le Damany** (Rennes). Les luxations congénitales de la hanche. A quelles époques de la vie se font-elles? Quelles en sont les variétés pathogéniques? (In welcher Lebensepoche entsteht die angeborene Hüftluxation und welche pathologischen Varietäten kommen vor?) (Rev. de chir. 40. Bd. S. 632.)

Verf. unterscheidet die anthropologische und die teratologische Form der Hüftluxation sowie Uebergänge zwischen diesen beiden Arten und zum Normalzustand. Die anthropologische Luxation, wie Le D. sie nennt, ist durch Anteversion der Hüftpfanne und Torsion des Femur bereits intrauterin vorbereitet, entsteht aber erst im extrauterinen Leben dadurch, dass das vorher gebeugte Hüftgelenk gestreckt wird. Untersuchungen bei 1647 Neugeborenen ergaben keinmal eine ausgesprochene Luxation, dagegen 23 Mal die Vorstufe der Verrenkung (hanche luxable, wie Verf. sie nennt). Eintreten kann die Luxation zu jeder Zeit nach der Geburt, noch vor dem Laufenlernen, bemerkt wird sie meistens bei den Gehübungen der Kinder, doch kann sie auch erst nach Ablauf der ersten Lebensjahre in Erscheinung treten.

Die teratologische Form kommt in Zusammenhang mit anderen Missbildungen bei totgeborenen Föten und nicht lebensfähigen Kindern vor. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass das Femur keine Torsion aufweist, und ihre Entstehung ist auf die erste Hälfte des intrauterinen Lebens zurückzuführen. Als Ursache fand sich bei zwei von Verf. genauer untersuchten Fällen abnorme Lagerung der Extremität infolge von Raumbeengung durch Missbildungen des Fötus. Beide Ursachen, Missbildungen des Fötus und Einwirkung des mütterlichen Uterus, welch letztere ihren Ausdruck in der Torsion des Femur findet, können nach Le D. zur Entstehung einer Luxation zusammenwirken.

Ottendorff - Hamburg-Altona.



44) **Weih** (Breslau). Ueber den anatomischen Befund bei kongenitaler Luxation des Hüftgelenks. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 214.)

Im Anschluss an die anatomische Beschreibung des Präparates einer Hüftluxation bei einem Mädchen von $1^1/_2$ Jahren bespricht Verf. ausführlich die verschiedenen Theorien über die Entstehung dieses Leidens. W. neigt im grossen und ganzen zu der mechanischen Theorie hin, da dieselbe am besten begründet erscheint.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

45) **Lange** (München). Die Stellung des Oberschenkels im Verband nach der Reposition der angeborenen Hüftverrenkung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 164.)

Das wichtigste Mittel zur Retention des Kopfes in der Pfanne ist die im Anschluss an die Reposition auftretende Kapselschrumpfung. L. hat deshalb Untersuchungen darüber angestellt, in welcher Position die Bedingungen für die Schrumpfung der Kapsel am günstigsten sind. Es ist dies eine Stellung des Beines in Abduktion von 130° Innenrotation und Streckstellung. Wenn man die Lorenz'sche Position als primäre gibt, so wird der Kapselschlauch um 180° gedreht und damit der Kopf fixiert, doch wird bei Ueberführung des Beines in Normallage die Kapsel wieder aufgedreht und der Kopf damit locker. Daher die relativ häufigen Reluxationen nach vorn. Bei der von L. gewählten Stellung ist aber die Gefahr die, dass der Kopf im ersten Verbande nach hinten herausgleitet. Es ist deshalb im exakt anliegenden Verbande durch Druck auf den Trochanter der Kopf zu fixieren. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

46) **Schanz** (Dresden). Zur Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. (Zeitschr. f. ort. Chir. XXV. Bd. S. 94.)

Sch. beschreibt das von ihm geübte Verfahren der Reposition. Er zieht das in Knie und Hüfte rechtwinklig gebeugte Bein über den Bauch des Kindes mit plötzlichem Rucke an, indem er zugleich eine Innenrotation ausführt. Mit diesem Ruck tritt der Kopf in die Pfanne. Unter Erhaltung des Zuges wird dann das Bein in rechtwinklige Abduktion übergeführt. Verf. rühmt seinem Verfahren leichte Ausführbarkeit und grosse Sicherheit nach. Auch weil die vorderen Kapselpartien dabei nicht gedehnt werden, sei die Retention des Kopfes weitaus sicherer. Sch. bemisst deshalb die Fixationsperiode im allgemeinen nur auf 6 Wochen. Zur Nachbehandlung verwendet Sch. nur die Höftmannsche Bandage, die lediglich den Zweck hat, schädliche Bewegungen des luxierten Beines zu ver-



hindern. Verbesserungen der Stellung oder Massage werden nicht vorgenommen, da gerade derartige Prozeduren am leichtesten eine Reluxation zu Stande bringen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

47) **Weber** (München). Ueber die Neubildung des knöchernen Pfannendaches bei der angeborenen Hüftverrenkung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 144.)

Durch Untersuchung von Röntgenbildern, die im Verlauf der Behandlung und nachher bei einer grösseren Anzahl von Luxationsfällen aufgenommen waren, hat W. festgestellt, dass eine bessere Ausbildung des knöchernen Pfannendaches nie während der Verbandperiode, sondern erst dann stattfindet, wenn die Kinder schon längere Zeit ohne Verband herumgelaufen sind. In manchen Fällen trat auch später keine bessere Ausbildung des Pfannendaches ein. Es wirkt demnach nicht der Reiz des reponierten Kopfes in dem Sinne einer Neubildung des Pfannendaches, sondern erst die Funktion des Gelenkes. Verf. weist auch darauf hin, dass man für die Diagnose einer Pfannendachneubildung nur unter gleichen Verhältnissen aufgenommene Bilder benutzen könne, und erörtert die verschiedenen Möglichkeiten von Fehlern bei der Aufnahme.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

48) **Hohmann** (München). Ueber schnellende Hüfte. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 120.)

H. fand bei seiner Pat. als Ursache des Schnappens eine Verschiebung des vorderen Glutäalrandes über den Trochanter, die bei jeder Beugung und Streckung eintrat. Eine Vernähung dieses Randes mit der Hinterfläche des Trochanters brachte das Phänomen zum Schwinden. **Ottendorff** - Hamburg-Altona.

49) **Heusner** (Barmen). Beitrag zur Behandlung der tuberkulösen Hüftgelenkentzündung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 6.)

H. verwirft die Extensionsbehandlung der Coxitis in Bettruhe und wendet lieber die ambulante Methode im fixierenden und entlastenden Verband an. Sein Verband besteht in einem Filzmantel, der mit Harzlösung auf der Haut festgeklebt und durch Anwicklung von Aluminiumstreifen mittels Stärkegaze versteift wird. Ein Bügel unter der Fusssohle besorgt die Entlastung des Gelenkes. Von 17 auf diese Weise behandelten Fällen heilten 7 mit mehr oder weniger beweglichen Gelenken, 7 andere mit fester Ankylose aus. In zwei



weiteren Fällen musste reseciert werden, einer davon starb, der andere wurde nach fast 3jährigem Krankenhausaufenthalt in ziemlich desolatem Zustand entlassen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

50) **José Blanc.** La cojera en los niños. (Rev. Clin. de Madrid Bd. II. Nr. 15. 1909.)

In einer sehr ausführlichen Arbeit bespricht B. die Diagnose und speziell auch die Differentialdiagnose der kindlichen Coxitis. Die Arbeit bietet keine besonders bemerkenswerten und von unseren Anschauungen verschiedene Gesichtspunkte. **Stein**-Wiesbaden.

51) **Royal Whitmann** (New York). Ein weiterer Beitrag zur Abduktionsbehandlung der Schenkelhalsfraktur. (Zeitschr. f orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 161.)

Nach W.'s Ausführungen erscheint die gute Heilung einer Schenkelhalsfraktur auch bei älteren Leuten keineswegs so zweifelhaft, als für gewöhnlich angenommen wird. W. verfährt in der Weise, dass er das Bein etwas innen rotiert, stark extendiert und abduciert. Es legen sich dann die Fragmente in korrigierter Stellung aneinander und der sich gegen das Becken anstemmende Trochanter verhütet ein Hochrutschen des Beines. In einer Anzahl von Fällen hat W. noch einen Bohrer durch den Trochanter in das proximale Fragment hineingetrieben, um die Fixation noch sicherer zu gestalten. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

52) **Bade** (Hannover). Beitrag zu den Gefahren der subtrochanteren Osteotomie. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 180.)

B. zeigt an der Hand einiger Fälle, dass die sonst so segensreiche subtrochantere Osteotomie auch ihre Gefahren haben könne. Bei zwei Patienten, bei denen die Osteotomie durch den Trochanter und den Ansatz des Halses angelegt worden war, kam es zur Nekrose des Kopfes und langwieriger Eiterung des Hämatoms, in einem Falle sogar zum Exitus. Das Redressement der osteotomierten Hüfte führte in einem anderen Falle zu einer Fraktur des horizontalen Schambeinastes, da infolge Nichtgebrauch des Beines eine sehr starke Osteoporose bestand. Ein vierter Unfall ereignete sich bei einer Osteotomie wegen Coxa vara, wobei durch das Abduktionsmanöver der Kopf nach unten aus der Pfanne gedrängt wurde. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



53) **Vulpius** (Heidelberg). Das Hüftschaukelscharnier. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 71.)

Das von Bingler konstruierte Scharnier ist in der Weise angeordnet, dass sich das die Beugung vermittelnde Scheibengelenk noch um eine sagittale Achse drehen kann, wodurch auch die Abduktion ermöglicht wird, die sich ausserdem durch eine Stellschraube regulieren lässt. **Ottendorff** - Hamburg-Altona.

54) **Neri** (Bologna). Die nervösen Folgeerscheinungen der einseitigen und doppelseitigen Ischiadicusdehnung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 87.)

N. hat durch Tierexperiment die Einwirkung der Ischiadicusdehnung auf die gleichseitige und auf die andere Extremität, sowie die allgemeinen Reaktionserscheinungen untersucht und mit den klinischen Befunden verglichen. Einseitige Ischiadicusdehnung auf kürzere Zeit zeigt Störungen der Motilität und Sensibilität auch über das Gebiet des afficierten Nerven hinaus. Lang dauernde Dehnung über 40 Stunden ergibt irreparable Lähmungen infolge Degeneration des Nerven. Auch in der anderen Extremität können sowohl im Tierexperiment, wie in der Klinik infolge Zugübertragung durch das Rückenmark hindurch Reizerscheinungen der sensiblen und motorischen Sphäre beobachtet werden. Auch allgemeine cerebrale Irritation tritt nach einseitiger und in noch stärkerem Masse bei doppelseitiger Dehnung auf. Bei längerer Dauer gehen die Versuchstiere unter klonischen Krämpfen zu Grunde. Auch beim Menschen ist hin und wieder ein letaler Ausgang beobachtet worden. Die von N. geschilderten Pat. blieben jedoch am Leben, da durch Abnahme der Verbände die Dehnung des Ischiadicus aufgehoben wurde. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

55) **G. Doberauer.** Eine besondere Form rachitischer Oberschenkelverkrümmung. (Beitr. z. klin. Chir. 67. Bd. (Festband für Wölfler) p. 466.)

Die im 10. Lebensjahr bei dem Mädchen aufgetretene rachitische Verkrümmung des Oberschenkels sass in der Diaphyse und war direkt nach vorne konvex gerichtet, sodass bei Fehlen jeglicher Gegenkrümmung das Kniegelenk fast rechtwinklig nach hinten stand. Das Gelenk selbst war völlig frei. Keilosteotomie über der Höhe der Krümmung beseitigte die pathologische Stellung.

Balsch-Heidelberg.



56) **Gintz.** Ueber eine seltene Art von Heilung einer komplizierten Oberschenkelfraktur durch Brückencallus. (Beitr. zur klin. Chir. 67. Bd. (Festband für Wölfler) p. 462.)

Verf. beschreibt einen Fall von Heilung einer komplizierten Oberschenkelfraktur, an dem die Bildung des henkelförmigen Callus etwas Eigenartiges sein dürfte. Die Bildung des periostalen Brückencallus an und für sich auf der Innenseite winklig geheilter Frakturen dagegen ist wohl etwas Gewöhnliches. **Balsch**-Heidelberg.

57) **Bilhaut** (Paris). Un nouveau cas d'absence congénitale des deux rotules. (Ein neuer Fall von Fehlen beider Kniescheiben). (Ann. de chir. et de l'orth. Bd. XXIII. S. 65.)

B. bringt einen neuen Fall von Fehlen der Patella bei einem Knaben von 17 Monaten und im Anhang dazu noch einen weiteren bei einem 7monatlichen Mädchen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

58) **Hübscher** (Basel). Ueber Operationen bei habitueller Luxation der Kniescheibe. (Zeitschr, f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 1.)

H. weist am Modell nach, dass eine Bändererschlaffung die unerlässliche Vorbedingung zur Entstehung der Luxation der Patella sei. Das Bestehen eines Genu valgum vermehrt erheblich die Gefahr des Eintretens der Verrenkung. Auf Grund dieser Untersuchungen hält Verf. die Methode, welche in einer Abspaltung des inneren Drittels des Ligamentum patellae und einer Verlagerung an den medialen Kondylus der Tibia in Verbindung mit einer Faltung der medialen Kapselpartien besteht, für das beste Heilverfahren.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

59) **Hohmann** (München). Zur Verdickung der Tuberositas tibiae. (Zeitschr. f. orthop. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 153.)

Die zwei von H. beobachteten Fälle (Knabe von 15 und Mädchen von 13 Jahren) scheinen ihm nach Anamnese und Befund dafür zu sprechen, dass es sich dabei um eine Verletzung eventuell durch ein nur geringes Trauma (Knieen) handelt. Eine Entwicklungsstörung glaubt H. ausschliessen zu können. Ein hufeisenförmiges Stück Filz, das mit Heftpflasterstreifen den schmerzhaften Teil umgreifend, befestigt wurde, behob die vorhandenen Beschwerden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

60) **Drehmann** (Breslau). Die paraartikuläre Korrektur winkliger Knieankylosen. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 1.)

D. empfiehlt, statt der Keilresektion bei winkligen Knieankylosen



lieber die lineäre schräge Osteotomie unmittelbar oberhalb und unterhalb der Knickung zu machen. D. osteotomiert zunächst am Unterschenkel Fibula und Tibia, dehnt dann vorsichtig die Weichteile und durchtrennt schliesslich das Femur. Tenotomien der Kniebeuger hält D. für überflüssig. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

61) G. **Orgelmeister.** Zur Frage der Operationsmethode bei Genu valgum. (Beiträge zur klin. Chir. 67. Bd. (Festband für Wölfler) p. 390.)

Angeregt durch eine Arbeit von Pätzold aus der chirurgischen Klinik in Königsberg über das gleiche Thema, worin der Autor von dem Grundsatz ausgehend, immer an der Stelle der Verkrümmung zu osteotomieren, die Osteotomie der Tibia bei Genu valgum am meisten empfiehlt, hat Verf. das Material der Wölflerschen Klinik untersucht mit dem Ergebnis, dass die lineäre, supracondyläre Osteotomie des Femur nach Mac Ewen völlig befriedigende Resultate liefert und daher die souveräne Behandlungsmethode bei Genu valg. bildet, selbst da, wo die Tibia sich an der Krümmung mitbeteiligt. Die Tibia- bezw. Tibia + Fibula-Osteotomie will Verf. auf die ganz schweren Fälle, wo die Tibia ausschliesslich Sitz der Verkrümmung ist, beschränkt wissen, wegen der Gefahr der Peronaeuslähmung, die selbst sekundär durch den Callus noch hervorgerufen werden kann. Unter 100 Gelenken wurde 75 mal Femurostetomie, 2 mal Tibiaosteotomie und 23 mal langsames Redressement mit Gersunyschem Verband ausgeführt. Ueble Zufälle wurden nirgends beobachtet. In allen Fällen erfolgte Heilung, allerdings blieb in einer ganzen Reihe von Fällen die winklige Knickung des Femur und teilweise Bajonetstellung bestehen, doch konnte Verf. vielfach eine spätere Streckung des Knickungswinkels beobachten. Verkürzungen des osteotomierten Beines waren gewöhnlich zu beobachten, aber nur geringgradig, 1½—2 cm., nie über 3 cm. Verf. glaubt jedoch nach einem (dem letzten) Fall, der mit Heftpflasterextension und Semiflexionsschiene behandelt wurde, dass diese Methode noch bessere Stellungsresultate zeitigen wird. **Balsch**-Heidelberg.

62) **Riedel** (Jena). Die Drainage des hinter den Kondylen gelegenen Kniegelenkabschnitts bei Arthritis purulenta genu. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 13. S. 602.)

R. plädiert dafür, ein vereitertes Kniegelenk nicht vorn neben der Patella zu incidieren, sondern von hinten her die Ligamenta lateralia von den Femurkondylen abzutragen. Alsdann ist das in



leichte Beugestellung gebrachte Gelenk leicht ausgiebig zu drainieren. Das zunächst etwas wacklige Gelenk wird durch Narbenzug später wieder fest. Die beiden von R. beschriebenen Fälle heilten auf diese Weise aus und ergaben ein relativ gutes funktionelles Resultat.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

63) **Thöle** (Hannover). Die Entstehung der typischen Wadenbeinbrüche der Infanteristen. (Deutsche Militärärztl. Zeitschr. 1910. 8. H.)

Nach Hopfengärtner (D. M. Z. 1907. 3. Heft) entstehen die Wadenbeinbrüche der Infanteristen durch Heruntertreten auf den supinierten Fuss, wobei die Fibula abgebogen und abgeknickt werde und an ihrer dünnsten Stelle breche. Eventuell wirke noch eine Kompression in der Längsrichtuug mit, vielleicht auch eine Abreissung durch Zug der Mm. Peronaei.

Th. sucht zuerst zu beweisen, dass der typische Wadenbeinbruch in vivo nicht durch Abbiegen oder Kompression entstehen kann. Durch Versuche an Leichen zeigt er, dass 1. ein Abbrechen der Fibula durch stärkstes Supinieren des Fusses weder mit Hilfe der Hand noch durch einen Flaschenzug möglich ist. 2. Die Fibula eine viel grössere Biegung aushält, als sie beim Lebenden je vorkommen kann. 3. Durch Zugwirkung (Muskelzug!) die Fibula leicht zu brechen ist, wobei sie stets am Angriffspunkt der wirkenden Zugkraft einbricht.

An der Prädilektionsstelle der Wadenbeinbrüche beginnt nun der M. flexor halluc. long. (zusammen mit dem Peroneus brev.). Sind Fuss und grosse Zehe in Dorsalflexion fixiert und sollen sie jetzt durch aktive Kontraktion der hinteren Unterschenkelmuskeln plantarflektiert werden, so kann durch starke Kontraktion des M. flexor halluc. long., der den Fuss plantar flektiert (aber auch supiniert!) die Fibula unterhalb des oberen Drittels nach hinten gezogen werden und schliesslich nach hinten und etwas nach aussen einbrechen.

Dass die isolierten Fibulafrakturen fast ausschliesslich bei Rekruten vorkommen, „deren Muskeln . . . . noch nicht hinreichend durch das Training zu zweckmässiger Zusammenarbeit geübt sind“, ist nach Th.'s Meinung eine weitere Stütze für seine Theorie. Die verschiedenen Stufen: Periostzerrung, Infraktion, subperiostaler Bruch ohne Dislokation, Bruch mit Dislokation und Splitterung sind für ihn nur „quantitativ verschiedene Folgen derselben Ursache: des aktiven Zuges des passiv gedehnten Flexor hallucis (und Peronaeus brevis). Ein weiter Weg zur Anschauung Helferichs, der die



Entstehung isolierter Fibulafrakturen nur durch Einwirkung einer heftigen direkten Gewalt für möglich hält! (H. Frakturen und Luxationen 7. Auflage). **Natzler**-Heidelberg.

64) **König** (Berlin). Zur klinischen Geschichte der Fersenneuralgie. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 13. S. 597.)

K. fand als Ursache von Fersenschmerzen in 4 Fällen entzündete Schleimbeutel, die bei zwei weiteren Fällen noch mit Exostosen des Calcanens vergesellschaftet waren. Die Entzündung dieser Schleimbeutel ist durch eine Infektion, meistens Gonnorrhoe bedingt. Die Knochenveränderungen hält K. in diesen Fällen für sekundär. Die Spornbildung, die verhältnismässig häufig vorkomme, sei an und für sich nicht schmerzhaft, sondern werde es erst durch eine hinzutretende Infektion. In drei weiteren Fällen waren die Beschwerden bloss durch Knochenveränderungen, die durch Trauma entstanden waren, verursacht. Entsprechend dem Befund, dass der entzündete Schleimbeutel die Ursache für die Schmerzen abgab, hält Verf. die operative Entfernung dieser Bursa für indiciert.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

65) **J. Nonell.** Tres casos de localizaciones osteoperióstico-calcáneas del reumatismo blenorrágico. (Actas Dermo-Sifiliograficas Madrid Bd. I. Nr. 1.)

Mitteilung von 3 Fällen von periostaler Erkrankung des Kalkaneus nach Gonnorrhoe. Es handelt sich um 3 Kranke, bei denen die genannte Erkrankung sich unmittelbar an das Stadium der akuten Infèktion mit Gonnorhoe angeschlossen hatte. Bei dem einen bestand ausserdem noch eine Erkrankung der Metatarso-Phalangealgelenke, bei dem andern eine sehr grosse Schmerzhaftigkeit der Planta pedis. Es werden die verschiedenen Theorien über das Zustandekommen speziell der Erkrankung am Calcaneus behandelt und dann die relative Seltenheit der wirklichen durch Gonnorrhoe hervorgerufenen derartigen Erkrankungen hervorgehoben.

Stein-Wiesbaden.

66) **v. Osten-Sacken** (Petersburg), Zur orthopädischen Chirurgie des veralteten Klumpfusses. Zeitschr. f. orth. Chir. XXIV. Bd. 1.—2. H. S. 73.

Verf. führt das Redressement des Klumpfusses sowohl bei Erwachsenen wie bei Kindern unter Esmarchscher Blutleere aus, weil infolge Fortfalles des hydrodynamischen Momentes die Traumatisierung der Weichteile eine geringere werde. Um eine ganz präzise Ein-



wirkung auf die prominenten Knochenteile zu erzielen, benutzt er einen Hebel mit Pelotte, wobei die Pelotte auf die vorstehenden Knochen aufgesetzt wird, während der Hebel an einer Schlinge, die den Vorderfuss umgreift, einen Gegenhalt findet. Im allgemeinen dürften mehrere Sitzungen nötig sein, da die Weichteile dem Trauma der Vollkorrektur in einer Sitzung kaum gewachsen sind.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

67) **I. K. Young** (Philadelphia). The etiologie of hallux valgus or the intermetatarseum. (Americ. journ. of orth. surg. 1910 Bd. VII. 3.)

Gemeinhin nimmt man als Ursache des Hallux valgus unzweckmässiges Schuhwerk an, einzelne Autoren beschuldigen auch Bänderschlaffheit und Muskelatrophie (Adductor hallucis!), wieder andere halten die Deformität für einen chronischen Rheumatismus und eine Osteoarthritis.

Die meisten Autoren haben ihre Augen ausschliesslich auf das Metatarso-phalangealgelenk gerichtet. Y. hat nun an Röntgenbildern von Hallux valgus ebenso wie an 7 Hallux-valgusfällen von 134 frischen Fussskeletten immer einen schrägen Verlauf der Gelenklinie zwischen Metatarsale I. und Cuneiforme I. gefunden, herrührend von einer Substanzvermehrung der Basis des Mittelfussknochens oder des Cuneiforme.

In der Literatur fand er die Bemerkung von Dwight, dass zwischen dem I. und II. Metatarsale ein Os intermetatarseum vorkomme, das manchmal mit dem ersten Keilbein oder 1. oder 2. Mittelfussknochen verwachsen sei. Y. glaubt, dass diese Anomalie manchmal den hallux valgus hervorbringen müsse. Die Therapie würde dann in der Entfernung des intermetatarseum bestehen, eine Operation, die Y. auch schon mit Erfolg ausgeführt hat.

In der Diskussion*) fordert Freiberg genauere Feststellung über die Häufigkeit und den Zusammenhang des Intermetatarseum mit dem Hallux valgus. Erst dann sollte man einen Operationsplan aufstellen.

Dane (Boston) hat das Intermetatarseum oft gefunden, manchmal dabei Hallux valgus, manchmal nicht.

Ryerson glaubt, dass das „angebliche“ Intermetatarseum Folge und nicht Ursache des Hallux valgus ist. (Osteoarthritis!)

Auch Wilson konnte in 75 Fällen von Hallux valgus keine

*) Vortrag in der amer. orth. assoc., Hartford, Juni 1909.



Abnormität im Fuss ausser der im Metatarsophalangealgelenk entdecken.

Young hat bei 137 Halluxvalgusfällen das Intermetatarseum 107 mal gefunden. **Ewald**-Hamburg.

67 a) **Krumbein.** Zur Behandlung der Mittelfussknochenbrüche mit der elastischen Klebrollbinde. (Deutsche Militärärztl. Zeitschr. 1910. H. 8.)

K. hat nach dem Vorgang von R. v. Heuss (D. M. Z. 1908. S. 22 ff.) im Garnisonlazarett I Berlin 51 Fälle von Mittelfussknochenbruch durch Verband mit elastischen Klebroll- („Klebro") binden behandelt. Die besonderen Vorzüge dieser Binde sind: ihre grosse Elastizität, grosse Klebkraft und lange Haltbarkeit. Die Kranken durften einige Stunden nach Umlegen der Binde schon aufstehen und in Schnürschuhen umhergehen. In ca. 30% der Fälle bestanden Schmerzen nur am ersten Tag, bei den übrigen 70% dauerten sie 2—4 Tage. Länger dauernde Schmerzen sind einer fehlerhaften Verbandtechnik zur Last zu legen. Der Verband liegt bei frischen Fällen 3, bei älteren Fällen 2—2½ Wochen. Schädigungen der Haut sind niemals beobachtet worden. Jeden zweiten Tag nahmen die Patienten im Verband ein kaltes Fussbad.

In 42 Fällen vorgenommene Kontroll-Röntgenuntersuchungen ergaben bei allen frisch in Behandlung gekommenen Brüchen gute Konsolidierung mit meist ringförmigem Kallus nach durchschnittlich 3 Wochen. Ueberreichliche Kallusbildung, wie sie bei älteren, spät in Behandlung gekommenen Fällen oft auftritt, starke Beschwerden verursacht und nicht selten zur Dienstunbrauchbarkeit führt, trat bei den mit Klebrobinde behandelten Fällen nie auf. Rückfälle wurden nie beobachtet.

Die Versuche fordern zur Nachprüfung auf. Die Behandlung eignet sich nicht nur für militärdienstliche Verhältnisse, sondern auch für die allgemeine Unfallpraxis, wenn sie hält, was K. als besondere Vorzüge hervorhebt: Der Fuss kann sofort wieder gebraucht werden, dadurch wird die sonst gewöhnlich hochgradige Atrophie der Unterschenkelmuskulatur vermieden und die Kranken werden rasch wieder der Arbeit zugeführt. **Natzler**-Heidelberg.

Kongress- und Vereinsberichte.

68) **Grissen.** Aerztlicher Verein in Hamburg 7. VI. 10. (Münch. med. Woch. Nr. 24. 1910.)

Ueber orthostatische Albuminurie, die bei einem 20jährigen Mann bestand, zunahm und Arbeitsunfähigkeit bedingte. Heilung durch den Apparat

Preleitners, der aus Beckenring mit federnder Pelotte hinten besteht, die die Wirbelsäule nach vorn drängt. **Hohmann**-München.

69) **A. Fränkel.** Verein für inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 22.)

Multiple Haut- und Nervenfibrome.

Vorstellung eines seltenen Falles, eines Kindes mit angeborenen grossen Geschwülsten an der Hautoberfläche des Rückens und unterhalb der Mammae, die durch derbe Stränge mit den grossen Nervensträngen im Zusammenhang stehen und auf Druck schmerzhaft sind. Ausser diesen Geschwülsten, die von Recklinghausen zuerst genau beschrieben worden sind und als Neurofibrome angesehen werden müssen, zeigte die Patientin eine offenbar trophoneurotische Deformität der Finger der linken Hand, die in ihren Phalangengelenken abnorm dorsalflektiert werden können. Ausserdem besteht Knochenatrophie der Phalangen und eine Subluxation der Hand. Ueber den Ausgangspunkt der Neurofibrome der Haut sind die Meinungen noch geteilt. **Hohmann**-München.

70) **C. Ballabene.** Esperienze su di un nuovo preparato chimico nella cura delle affezioni gottose e reumatiche. (Soc. med.-biol. mil. 15. genn. 1910.)

Redn. berichtet über den therapeutischen Wert eines von ihm hergestellten Präparates, das er mit erfreulichem Erfolg bei arthritischen, gichtischen, rheumatischen und neuralgischen Formen überhaupt versucht hat. Das Präparat wird durch die Vereinigung einer Verbindung der Benzoreihe mit einer Verbindung der Amylreihe erhalten, d. h. es handelt sich um ein Tetramethylamin valeianat. Nach dem Redn. wirkt die Substanz antitoxisch, tonisch auf die Herzfunktion und ist sowohl lokal an der Injektionsstelle wie auf den Organismus unschädlich.

Forlanini benutzte in seiner Krankenhaus- wie Privatpraxis in grossem Masstabe das von Ballabene vorgeschlagene Mittel in Fällen, in denen die beiden anderen gewöhnlichen Mittel erfolglos geblieben waren, und kann demnach seine Unschädlichkeit und seine reelle therapeutische Wirksamkeit bezeugen.

Buccheri-Palermo.

71) **Neumann.** Verein Freiburger Aerzte. 25. II. 10. (Münch. med. Wochschr. Nr. 23. 1910.)

N. berichtet einen Fall von Nagelextension, durch die es gelang nach Refrakturierung einer mit 14 cm Verkürzung geheilten Fraktur (an welchem Knochen verschweigt der Bericht in der M. M. Woch.) die Verkürzung bis auf 2 cm. auszugleichen.

Oberst demonstriert an Röntgenbildern, dass der Zug manchmal zu stark werden kann. **Hohmann**-München.

72) **C. Solari.** Cura delle fratture ritardanti a consolidarsi nei soggetti sifilitici. (Corr. Sanit. 1910. Nr. 5.)

Die experimentellen Untersuchungen an Tieren haben gezeigt, dass die Osmiumsäure in konzentrierter Lösung Nekrose des Knochens und Vernichtung der Osteoblasten hervorruft; während sie in therapeutischer Dose und in Lösung



von 1% die Osteoblasten zu ihrer Funktion anregt mit Bildung eines Knochenkallus, wenn Frakturen gesetzt worden waren, und von neoformativen Periostitiden, wenn die Injektion nahe dem Periost eines gesunden Knochens gemacht wird.

Welches die Wirkungsweise der Osmiumsäure ist, ist noch nicht festgestellt. Verf. hat damit in einem Fall einen glänzenden Erfolg erzielt.

Buccheri-Palermo.

73) **Dialti.** Anestesia e riduzione delle lussazioni. (R. Accad. dei Fisiocrit. di Siena. 27 nov. 1909.)

Redn. hat bei der Reposition der Luxationen das Verfahren von Lerda und Quénu versucht und damit günstige Resultate erzielt. Er konnte so durch die einfache lokale Anästhesie in einem Fall von Hüftgelenkluxation und in einem von Luxation der Schulter des durch den Schmerz und die Reflexmuskelkontraktion gebildeten Hindernisses Herr werden.

Redn. glaubt, dass die Methode auf sämtlichen Luxationen und die grosse Mehrheit der Individuen ausgedehnt werden kann und dass sie jedenfalls stets versucht werden muss, bevor zur Narkose oder Rachianästhesie gegriffen wird. Bei der Wahl eines Anästhetikums ist wegen ihrer geringen Giftigkeit dem Stovain oder seinen Surrogaten der Vorzug zu geben.

Buccheri-Palermo.

74) **Ottendorff.** Altonaer ärztlicher Verein 23. II. 10. (Münch. med. Woch. Nr. 24. 1910.)

Ueber Skoliose. Unter 2293 Altonaer Volksschulkindern (1373 siebenjährig und 920 vierzehnjährig) fanden sich bei den Mädchen der untersten Klassen 4,4% Schiefhaltungen und 3% fixierte Skoliosen. In den obersten Klassen 24,5% Schiefhaltungen und 5,88% Skoliosen. Bei den Knaben in den Unterklassen 5% Schiefhaltungen und 2,44% Skoliosen, in den Oberklassen 15% und 5,37%. Unter 24 fixierten Skoliosen der Mädchenunterklassen bei 10 deutliche rhachitische Symptome, in den Oberklassen unter 25 Skoliosen 11 rhachitische. Bei den Knabenunterklassen unter 25 Skoliosen 16 rhachitische, in den Oberklassen unter 39, 20. Umber erwähnt die diagnostischen Schwierigkeiten bei Perkussion und Auskultation bei Erkankungen der Brustorgane schwerer Skoliotischer.

Hohmann-München.

75) **Forster.** Gesellschaft der Charitéärzte. (Berlin. klin. Woch. 1910. Nr. 23.)

F. teilt einen sehr interessanten Fall von allem Anschein nach spinaler Syphilis mit, bei dem heftige Schmerzen im kleinen Finger der linken Hand, später auch der rechten Hand bestanden. Links führten sie zu einer Abduktionsstellung des kleinen Fingers, weil in dieser Stellung die Schmerzen am geringsten waren. Die Schmerzen hatten ihren Sitz in den Metakarpalgelenken. Ausserdem bestand zeitweilig Babinski, Fehlen der Pupillenreaktion auf Licht, Konvergenzreaktion war erhalten, leichte Sensibilitätsstörungen in der Mamillengegend, auch leichte Blasenstörungen. Trotz negativer Anamnese nahm man Lues an. Wassermann war positiv. Gegen reine Tabes sprachen der Babinski und die eigentümlichen Schmerzen der linken Hand. Schmierkur und Jod erfolglos. Es wurde zur Beseitigung der Schmerzen, die sehr heftig waren und Suicidgedanken weckten, die Förstersche Operation vorgenommen, die 7. und 8.

Cervicalwurzel durchtrennt, obwohl die Operation theoretisch nicht ganz gerechtfertigt war. Bei der Annahme einer Reizung der hinteren Wurzeln durch gummöse Auflagerungen könnten doch die Schmerzen nach der Durchschneidung zentralwärts weiter bestehen. Trotzdem brachte die glücklich ausgeführte Operation einen gewissen Erfolg, wesentliche Besserung der Schmerzen. In der Diskussion erklärte Ziehen die Art, wie man sich hierbei und bei Tabes den Erfolg der Durchschneidung vorstellen müsse. Wenn man im Bereich der hinteren Wurzeln durchschneidet, muss der zentralwärts gelegene Teil der hinteren Wurzel, der Sitz des degenerativen Prozesses, der Ursprungsort der Schmerzen, der vollständigen Degeneration anheimfallen, da er von den Spinalganglienzellen, den Ursprungszellen, abgetrennt ist. Bei der Operation des beschriebenen Falles entleerte sich eine grössere Menge Flüssigkeit, vielleicht das Zeichen einer meningitis serosa, die auf die Wurzeln drückte.

Hohmann-München.

76) **Ninni.** Frattura dell'omero per cisti da echinococco del midollo. (R. Accad. med. chir. di Napoli. 28 gennaio 1910.)

In dem mitgeteilten Fall von Humerusfraktur durch Echinokokkuszyste des Markes wurde Heilung nach dem zweiten Eingriff mit Metallnaht erzielt.

Buccheri-Palermo.

77) **Preiser.** Biolog. Abt. des ärztl. Vereins Hamburg 19. IV. 10. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 25.)

Arthritis deformans des Ellenbogens eines 38jährigen Kapitäns im Anschluss an eine Ellenbogenluxation in der Jugend und eine weitere vor 15 Jahren. Ausser der typischen Deformierung der Gelenkenden fanden sich ca. 50 freie Körper im Gelenk. **Hohmann**-München.

78) **Canestro.** Malattia del Dupuytren da trauma diretto. (La med. degli infort. del lavoro. 1909.)

Der Dupuytrenschen Krankheit kann als Ursache ein einziges direktes Trauma zukommen, das, wenn es bei der Arbeit vorkommt, eine Unfallsfrage bilden kann.

Es besteht ein charakteristisches Symptom für die Differentialdiagnose dieser Form und der reellen oder simulierten tendinogenen Kontraktur.

Wenn die Krankheit trotz sorgfältigster Kuren eine gewisse Zeit persistiert, so ist die Läsion, da nicht gefordert werden kann, dass Patient sich einen Operationsakt unterziehe, als permanent zu betrachten.

Buccheri-Palermo.

79) **Esdra.** Tre casi di osteiti tubercolari guariti con la radioterapia. (Soc. Lancis degli osped. di Roma, 29 genn. e 12 febb. 1910.)

Redn. berichtet über drei Fälle von tuberkulöser Osteitis der Hände, die durch die Radiotherapie zur Heilung kamen. Er legt die Photographie und Radiographie vor und nach der Behandlung vor. Die Radiotherapie kann die gegenwärtig gegenüber diesen Läsionen herrschenden konservativen Tendenzen kräftig unterstützen und bei geeigneter Technik lässt sich die Gefahr einer Entwicklungshemmung der Knochen durch Irritation durch die Strahlen ausschalten.

Buccheri-Palermo.




80) **M. Salaghi.** Sulla riduzione della lussazione congenita dell'anca pel margine posteriore dell'acetabolo come metodo di scelta. (Accad. med. fisica Fiorent. 23 nov. 1909.)

Redn. bespricht diese Variante der klassischen Methode der Reposition des Femurkopfes in die Gelenkpfanne und empfiehlt sie als leichter und weniger traumatisierend, sei es wegen des geringeren Weges, den der Kopf durchlaufen muss, sei es, weil der Gelenkpfannenrand an der angegebenen Stelle weniger vorspringend ist.

Zur Unterstützung seines Vorschlages teilt er die Geschichte eines von ihm beobachteten Falles mit, bei dem die auf gewöhnlichem Wege unmögliche Reposition äusserst leicht über den hinteren Rand gelang. Er hebt auch hervor, dass ein Versuch der Reposition über den hinteren Rand, auch wenn er manchmal nicht gelingen sollte, dem Operierten kein schweres Trauma verursachen kann.

Buccheri-Palermo.

81) **Georg Hohmann** (München.) Beitrag zur Pathologie und Therapie der coxa vara. (Münch. med. Woch. Nr. 23. 1910.)

Im Anschluss an die Veröffentlichungen von Drehmann und Lorenz über die anatomische Korrektur des im Sinne der coxa vara verbogenen Schenkelhalses durch das Redressement teilt der Verf. aus dem Langeschen Material seine Erfahrungen mit. Er beschreibt einen Fall von kongenitaler Coxa vara, der mit kongenitalem pes planovalgus und coxa valgabildung der anderen Seite und Kniekontrakturen beiderseits kombiniert war. Geburt in Steisslage bei geringem Fruchtwasser. Das Kind nahm noch lange Zeit die wahrscheinliche intrauterine Haltung, die abgebildet ist, ein. Wahrscheinliche Ursache, Zwangshaltung. — Was die Epiphysenlinie bei den anderen Formen der coxa vara angeht, so fand Verf., dass bei den statischen Formen, wie allgemein bestätigt wird, die Abbiegung stets in der Epiphysenlinie vor sich ging, dass aber bei der traumatischen Form die Abbiegung teils in der Epiphysenlinie, teils am Ansatz des Halses an den Trochanteren festzustellen war. — Zur Behandlung bestätigt er die Lorenz-Drehmannschen Erfahrungen. In den meisten Fällen gelingt es, durch Schraubenzugextension bei Abduktion nach vorangeschickter subkutaner Tenotomie der Adduktoren die Kontrakturen zu beseitigen und eine gute Funktion zu erzielen, in einigen Fällen gelingt aber auch die anatomische Korrektur durch Einknickung im Hals, wie aus beigegebenen Röntgenpausen veranschaulicht wird. Nur in wenigen Fällen kommt es zu einer Subluxation des Kopfes nach unten, die aber funktionell belanglos ist.

Selbstreferat.

82) **Wilms.** Medizin. Gesellsch. in Basel. (Berlin. klin. Woch. 1910. Nr. 23.)

1. Resektion des Schenkelkopfes bei Lösung in der Epiphysenlinie.

Bei einem 13 jährigen Knaben hatte sich der Kopf am linken Femur gelöst und lag isoliert in der Pfanne, während der Hals stark aussenrotiert war. Der Kopf wurde entfernt, um den Hals in die Pfanne eintreten zu lassen, was auch gelang. Nach 14 Tagen Aufstehen. Beugung des Beines bis zum Rechten möglich.

2. Spontanluxation in der Hüfte bei Tuberkulose.

Redressement mit Extension reponiert den Kopf.



83) **König.** Altonaer ärztlicher Verein 16. III 10. (Münch. med. Woch. 1910 Nr. 25.)

Fractura colli femoris. An der Hand eines Falles Besprechung des Krankheitsbildes. Die extrakapsulären Frakturen heilen beim Erwachsenen oft nur fibrös, die intrakapsulären heilen so gut wie nie. Schenkelhalsfrakturen bei Jugendlichen 1/4 Jahr im Verband lassen, dann noch 3/4 Jahr lang Apparat wegen Entstehung von coxa vara. Beim Ewachsenen entfernt er bei alten Personen meist primär das Kopfstück, bei jugendlichen Naht.

Hohmann-München.

84) **Goldmann.** Verein Freiburger Aerzte 25. II. 10. (Münch. med. Woch. Nr. 23. 1910.)

G. demonstrierte einen Fall von Fraktur der beiden Unterschenkelknochen intra partum, der vor 14 Jahren passiert war. Alle Versuche, die Fraktur zur Konsolidierung zu bringen, schlugen fehl, erst jetzt gelang es durch Periostknochenlappenplastik von der gesunden Tibia die Fragmente zu vereinigen. **Hohmann**-München.

85) **Bier.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. (Berlin. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 23.)

Tabaksgangrän des Fusses. Bläuliche Verfärbung der Zehen, kein Puls an den Tibiales. Einpflanzung der Arteria femoralis in die vena femoralis (Wietingsche Operation). Danach verschwand Cyanose und Kälte des Fusses und die Schmerzen; der Puls kehrte noch nicht zurück.

Hohmann-München.

86) **Hammer** (Heidelberg). 57. Versammlung mittelrheinischer Aerzte 22. Mai 10. (Münch med. Woch. 1910. Nr. 24.)

Ueber Plattfussbeschwerden. Oft ohne nachweisbare anatomische Veränderung am Fusse, entweder als rheumatisch-arthritische oder neuralgische oder nervöse Form, die letztere Form öfters mit Parästhesieen, mit Coccygodynie, Schmerzen im Ellenbogen und Fingergelenken. **Hohmann**-München.

87) **Momburg.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. (Berlin. klin. Woch. 1910 Nr. 23.)

Methoden zur Behandlung des Plattfusses. Die bisherigen Methoden seien ungenügend. Es sei richtiger, durch Supination des Calcaneus und Reposition des Köpfchens des 2. und 3. Metatarsus das Gewölbe herüberzuhebeln, dann den Fuss in dieser richtigen Lage durch eine von M. konstruierte Einlage aus Gummi und Stahl zu fixieren. **Hohmann**-München.



Frakturenbehandlung mit Schienenapparaten. — 6) **Nichols-Richardson,** Arthritis deformans. — 7) **Ewald,** Schmerzen bei Arthritis deformans. — 8) **Zesas,** Pneumokokken-Arthritiden. — 9) **Morsaline,** Fettgeschwülste. — 10) **Matsuoka,** Haemophilia spontanea. — 11) **Elbe,** Fistelbehandlung mit Einspritzungen von Wismutpaste. — 12) **Stein,** Technik der Paraffin-Injektionen. — 13) **Gayarre,** Amyotonia congenita. 14) **Römer-Joseph,** Serum gegen das Virus der Kinderlähmung. — 15) **Delbet,** Osteotomie bei Littlescher Erkrankung. — 16) **Jianu,** Fazialislähmung. — 17) **Klapp,** Entstehung orthogenetischer Erkrankungen. — 18) **Marcus,** Angeborener Pektoralisdefekt. — 19) **Schiff,** Angeborene Halswirbelsäulenlordose. — 20) **Kölliker,** Skoliose und Spondylitis. — 21) **Mixter-Osgood,** Verletzungen an Atlas und Epistropheus. — 22) **Ryerson,** Rotationssubluxation des III. Halswirbels. — 23) **Elliot,** Rigiditas dorsalis myopatica. — 24) **Blenke,** Orthopädisches Schulturnen. — 25) **Schrakamp,** Orthopädische Turnkurse. — 26) **Blenke,** Orthopädische Turnkurse. — 27) **Goyanes,** Wegnahme des gesamten Schultergürtels. — 28) **Zesas,** Periarthritis humero-scapularis. — 29) **Lindemann,** Doppelseitige Schultergelenksluxation. — 30) **Goyanes,** Veraltete Humerusluxation. — 31) **Preiser,** Epikondylitis humeri. — 32) **Esau,** Lokaler Tetanus der Hand. — 33) **Hilgenreiner,** Hyperphalangie des Daumens. — 34) **Gasne,** Daumenmissbildungen. 35) **Bibergeil,** Klinodaktylie und Störung des Knochenwachstums. — 36) **Ewald,** Madelungsche Deformität. — 37) **Kindl,** Isolierte Handwurzelknochenverletzungen. 38) **Morian,** Brüche der Daumen- und Grosszehen-Sesambeine. — 39) **Schlichting,** Interphalangealluxationen. — 40) **Smoler,** Spina ventosa. — 41) **v. Hacker,** Autoplastischer Ersatz der Streck- und Beugesehnen. — 42) **Zur Verth,** Spontane Zerreissung der Sehne des Daumenstreckers. — 43) **Le Damany,** Angeborene Hüftluxation. — 44) **Weih,** Anatomischer Befund bei Hüftgelenksluxation. — 45) **Lange,** Verband der angeborenen Hüftverrenkung. — 46) **Schanz,** Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung — 47) **Weber,** Neubildung des knöchernen Pfannendaches bei Hüftverrenkung. — 48) **Hohmann,** Schnellende Hüfte. — 49) **Heusner,** Tuberkulöse Hüftgelenkentzündung. — 50) **Blanc,** Kindliche Coxitis. — 51) **Whitmann,** Abduktionsbehandlung der Schenkelhalsfraktur. — 52) **Bade,** Subtrochantere Osteotomie. — 53) **Vulpius,** Das Hüftschaukelscharnier. — 54) **Neri,** Nervöse Folgeerscheinungen der Ischiadicusdehnung. — 55) **Doberauer,** Rachitische Oberschenkelverkrümmung. — 56) **Glntz,** Heilung einer Oberschenkelfraktur durch Brückenkallus. — 57) **Bilhaut,** Fehlen beider Kniescheiben. — 58) **Hübscher,** Operation bei Kniescheibenluxation. — 59) **Hohmann,** Verdickung der Tuberositas tibiae. — 60) **Drehmann,** Winklige Knieankylosen. — 61) **Orgelmeister,** Operationsmethode bei Genu valgum. — 62) **Riedel,** Drainage bei Arthritis purulenta genu. — 63) **Thöle,** Entstehung der Wadenbeinbrüche. — 64) **König,** Fersenneuralgie. — 65) **Nonell,** Erkrankung des Kalkaneus nach Gonnorrhoe. — 66) **v. Osten-Sacken,** Chirurgie des veralteten Klumpfusses. — 67) **Young,** Hallux valgus. — 67 a) **Krumbein,** Behandlung der Mittelfussknochenbrüche. —

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 68) **Grisson,** Orthostatische Albuminurie. — 69) **Fränkel,** Multiple Haut- und Nervenfibrome. — 70) **Ballabene,** Präparat für arthritische, gichtische und neuralgische Formen. — 71) **Neumann,** Fall von Nagelextension. — 72) **Solari,** Nekrose des Knochens und Osmiumsäure. — 73) **Dialti,** Lokalanästhesie bei Hüftgelenkluxation. — 74) **Ottendorff,** Ueber Skoliose. — 75) **Forster,** Spinale Syphilis. — 76) **Ninni,** Humerusfraktur durch Echinokokkuszyste. — 77) **Preiser,** Arthritis deformans des Ellenbogens. — 78) **Canestro,** Dupuytren'sche Krankheit durch Trauma. — 79) **Esdra,** Tuberkulöse Osteitis der Hände. — 80) **Salaghi,** Reposition des Femurkopfes in die Gelenkpfanne. — 81) **Hohmann,** Beitrag zur Pathologie und Therapie der coxa vara. — 82) **Wilms,** Resektion des Schenkelhalskopfes. — 83) **König,** Fractura colli femoris. — 84) **Goldmann,** Fraktur der beiden Unterschenkelknochen intra partum. — 85) **Bier,** Tabaksgangrän des Fusses. — 86) **Hammer,** Ueber Plattfussbeschwerden. — 87) **Momburg,** Methoden zur Behandlung des Plattfusses. —

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. **Oktober 1910.** **Heft 10.**

Oldevig (Dresden). Ein neues Gerät und neue Uebungen der schwedischen Heilgymnastik zur Behandlung von Rückgrats-Verkrümmungen. Mit 26 Abbildungen. Preis 1,80 M. Berlin 1910. E. Trewendt's Nfgr.

Das Gerät besteht aus starken, nicht elastischen Gurten mit Handgriffen. Mit Hülfe derselben lässt Verf. Widerstandsübungen ausführen, welche er dadurch gut lokalisieren kann. Allerdings braucht der Gymnast die Unterstützung von 1—2 Gehülfen. Die Abbildungen veranschaulichen die Vornahme der „Riemen"-Uebungen besonders bei Kyphosen und Skoliosen. **Vulpius**-Heidelberg.

R. Fürstenau (Berlin). Leitfaden der Röntgenphysik. Mit 61 Abbildungen. Preis 3 M. Stuttgart 1910. F. Enke.

Das kleine Buch ist aus Vorträgen bei Röntgenkursen an dem Dr. Immelmann'schen Institut hervorgegangen. Es behandelt die physikalischen Grundlagen des Röntgenapparates in einer Form, welche den Bedürfnissen des angehenden Röntgenologen durch die Uebersichtlichkeit und Klarheit des Textes wie der Abbildungen in glücklichster Weise gerecht wird. **Vulpius**-Heidelberg.

---

1) **Lauxen.** Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung des Phosphors auf Knochen- und Blutbildung bei wachsenden Hunden. Diss. Bonn 1909.

L. hat auf Anregung von Prof. Esser unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur neue Versuche über die Phosphor-



wirkung angestellt und dabei neben den Knochenveränderungen auch etwaigen Blutveränderungen seine Aufmerksamkeit geschenkt. Eine Reihe geschichtlicher Daten nehmen den grössten Teil seiner Arbeiten ein, an deren Schluss er dann auf seine eigenen Versuche zu sprechen kommt, die er an Hunden vornahm. Die Haemoglobinmenge zeigte bei den Phosphorhunden eine deutliche Steigerung, die aber nicht durch eine Vermehrung der roten Blutkörperchen bedingt war. Letztere hatten vielmehr durch die Phosphormedikation eine erhebliche Einbusse in ihrer Zahl erlitten. Es musste daher jedes Erythrocyt eine Erhöhung seines Farbstoffgehaltes erfahren haben, was einer Aufbesserung seiner Funktionsfähigkeit gleichkommt. Viel weniger charakteristische Veränderungen wiesen die Leukocyten in ihrem Gesamtbestande auf. Am Knochen fand sich bei allen Versuchstieren eine ausgesprochene Sklerosierung, die nicht nur die den Markräumen benachbarten Teile betraf, sondern auch bis an den Intermediärknorpel heranreichte. — Wenn L. seine Befunde auf eventuelle Beeinflussung des rachitischen Prozesses bezieht, so würde kein spezifischer, die Aetiologie beeinflussender, sondern nur ein symptomatischer Effekt zu erwarten sein. Die osteoiden Balken bleiben unbeeinflusst, dagegen wird die bei der Rachitis mehr oder weniger stark vorhandene Osteoporose vermindert und an den nicht erkrankten, normalen Stellen eine scheinbar vermehrte Apposition erzielt werden können, woraus ein Festerwerden der Knochensubstanz resultieren muss. Immerhin würde nach Essers Auffassung von der Pathogenese der Rachitis, ungeachtet eines bestimmten aetiologischen Faktors, auch der rachitische Prozess selbst insofern beeinflusst werden können, als die zur schliesslichen Insufficienz führende vermehrte Knochenmarkstätigkeit durch Phosphor eine Lähmung resp. Hemmung erfährt.

Blencke-Magdeburg.

2) **Ugo Soli.** Influenza del timo sullo sviluppo scheletrico. (Arch. di ortop. 1910, fasc. 1.)

Aus den ausgeführten Untersuchungen schliesst Verf., dass bei den der Thymus beraubten Kaninchen die Knochen kürzer, dünner, leichter, zerbrechlich, weniger reich an Kalksalzen, nicht deformiert sind. Histologisch wird in ihnen, namentlich in den langen Röhrenknochen, eine unter der Norm zurückbleibende Entwicklung, entsprechend der Zone der enchondralen Entwicklung, Neigung zur Porose, Fehlen von osteoidem Gewebe und deutlichen Knorpelläsionen beobachtet. Doch muss erwähnt werden, dass alle diese



Aenderungen im allgemeinen vorübergehend sind; in der Tat gelingt es dem Knochen des Thymusberaubten Tieres zuweilen, was die Entwicklung angeht, diejenige des Kontrolltieres zu erreichen und in einigen Fällen zu übertreffen.

Diese Alterationen sind in die Gruppe der Atrophien einzureihen, durch die sich sämtliche beobachteten Erscheinungen gut erklären lassen. **Bucheri**-Palermo.

3) **Riedinger** (Würzburg). Ueber Folgen von Verlust beider Hoden am Ende der Wachstumsjahre. (Zeitschr. für orthop. Chir. XXV. Bd. S. 419.)

R.'s Patient hatte im 21. Lebensjahre durch Unfall beide Hoden verloren. 15 Jahre später war ein allgemein infantilischer Habitus zu konstatieren. Der Mann war bartlos mit faltigem Gesicht und sah gealtert aus. Es bestand eine Struma, Penis war klein, Schamhaare wenig entwickelt. Ausser einer Skoliose keine Knochenveränderung, nur dass Arme und Beine im Verhältnis zum Rumpf zu lang erschienen. Wegen dieser allgemeinen Minderwertigkeit hält R. den Verletzten für um 40% in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt. Das Reichsgericht erkannte jedoch auf Grundlage eines früheren Gutachtens auf 50%. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

4) **Morpurgo.** Questioni controverse della patologia delle ossa. (Arch. di ortop. 1910, fasc. 1.)

Die wichtigsten Fragen durch ihre Beziehungen zu der Gesamtpathologie des Knochengerüstes sind diejenigen, welche auf die Osteomalazie und Rachitis Bezug haben. An erster Stelle bespricht Verf. Natur und Ursprung der kalkfreien oder osteoiden Knochensubstanz, welche sich in dem Knochengerüst der Osteomalaziker und Rachitiker findet, und weiter die Beziehungen zwischen Knochengerüst der Osteomalaziker und Rachitiker und Stoffwechsel der Mineralbestandteile, vornehmlich der Calciumsalze bei diesen Kranken. **Buccheri**-Palermo.

5) **Matsuoka** (Kioto). Beitrag zur Lehre von der Paget-schen Knochenkrankheit (Osteomalacia chronica hypertrophica nach Recklinghausen). (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 4.—6. H., p. 515.)

Verf. beschreibt einen Fall typischer Paget'scher Knochenerkrankung, die fast alle Knochen des Skelettes, vorwiegend aber Wirbelsäule und Extremitätendiaphysen in symmetrischer Weise befiel. Der ungleichmässige Ab- und Anbau von Knochensubstanz führt



zu den mannigfachsten Verbiegungen, Verdickungen und Atrophieen der Knochen. Patholog.-anatomische Untersuchungen konnte Verf. nicht vornehmen und verweist er diesbezüglich auf Recklinghausens ausführliche Beschreibung. Über die Ätiologie war bei Verf's. Fall nichts zu eruiren.

Balsch-Heidelberg.

6) **Hann.** A case of osteitis deformans terminating with cerebral symptoms. (Brit. med. Journ. Jan. 15. 1910.)

Beschreibung eines Falles von Osteitis deformans, beginnend im 40. Lebensjahr an der rechten Klavikel, die allmählich fast auf sämtliche Knochen überging und schliesslich auch den Schädel befiel, der sich am meisten vergrösserte. Allmählich trat Bewusstlosigkeit ein, nach kurzer Besserung Exitus in komatösem Zustand. Die Sektion des Kopfes und der Klavikel ergab in letzterer ein vollständiges Fehlen der Markhöhle, im Schädel war die Dura verdickt und adhärent, Veränderungen der Dicke und Oberfläche des Schädel-Inneren, abnorm viele und tiefe Rinnen für die Gefässe.

Mosenthal-Berlin.

7) **Friedrich.** Ueber Knochensyphilis im Röntgenbilde. (Zeitschr. f. Röntgenk. XII. Heft 1.)

F. bespricht in der vorliegenden Arbeit die sich bei Lues im Röntgenbild ergebenden Veränderungen an den Knochen an der Hand einer Reihe von guten Röntgenbildern, welche von zwei besonders interessanten Fällen stammen, die in der medizinischen Poliklinik zu Jena zur Beobachtung kamen. Bei den so überaus charakteristischen Befunden, wie sie auch hier wieder die luetischen Knochenerkrankungen im Röntgenbilde bieten, dürfte es sich nach F.s Ansicht entschieden empfehlen, bei irgendwie unklaren Knochenaffektionen das Röntgenverfahren zur Sicherung der Differentialdiagnose heranzuziehen.

Blencke-Magdeburg.

8) **W. Bergmann.** Die traumatische Entstehung der Fettembolie. (Berl. klin. Wochenschr. 1910. Nr. 24.)

Verf. zeigt an der Hand eigener Tierversuche, dass die Erschütterung des Körpers nicht die grosse Bedeutung für das Zustandekommen einer Fettembolie hat, wie einige Autoren annahmen, sondern dass die mit Fraktur einhergehende Zerquetschung eines Knochens von weit grösserer Bedeutung ist, indem dabei das Fett direkt in die Knochenvenen hineingepresst wird. Deshalb Vorsicht bei Redressement atrophischer Gelenke. Lexer



benutzt bei Operationen des atrophischen Knochens, besonders des spongiösen, lieber die Säge als den Meissel, um die Gefahr der Quetschung zu vermeiden. **Hohmann**-München.

9) **Schmid.** Ueber Fettembolie nach Frakturen. (Diss. München 1910.)

Sch. hat die in den letzten 10 Jahren in der Münch. chirurg. Klinik zum Exitus gekommenen Frakturfälle zusammengestellt und daraufhin geprüft, ob bei den hiervon zur Sektion gelangten eine Fettembolie vorhanden war und ob gegebenenfalls eine solche als Todesursache angesehen werden konnte. Von sämtlichen 15 Fällen dürften seiner Ansicht nach nur 4 als solche in Frage kommen, in denen der Fettembolie allein die Ursache des Todes zugemessen werden konnte. Bei allen anderen lagen schwerwiegende Komplikationen vor, die als die dominierenden Ursachen des tödlichen Ausgangs zu bezeichnen waren. Diese 4 Fälle einbegriffen, konnte Verf. 53 Fälle tödlicher Fettembolie aus der Literatur zusammenstellen, unter denen sich 33 nach Frakturen befanden, 18 nach chirurgischen Eingriffen, einer nach Trauma ohne äussere Verletzung und einer ohne Trauma. Nach diesen rein statistischen Ausführungen geht dann Sch. noch auf folgende Fragen näher ein: wie eine Fettembolie überhaupt entsteht, welche Bedeutung derselben zukommt, wann dieselbe als Todesursache wirkt, und wie klinisch eine Fettembolie diagnostiziert werden kann. Da Sch. bei der Erörterung dieser Fragen nur die in der Literatur vorhandenen Ansichten verschiedener Autoren wiedergibt, erübrigt es sich wohl, näher darauf einzugehen. Auch er steht auf dem Standpunkt, dass der Fettembolie therapeutisch nicht beizukommen ist, und dass die Versuche, die nach dieser Richtung hin gemacht wurden, günstige Resultate bisher nicht ergeben haben. **Blencke**-Magdeburg.

10) **Schanz.** Ursachen und Behandlung der rachitischen Deformitäten. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1909. Nr. 24.)

Sch. bespricht zunächst eine Reihe von Momenten, die in den einzelnen Fällen den rachitisch erweichten Knochen zur Deformierung bringen können. Wenn er auch zugibt, dass sehr viele rachitische Deformitäten ohne jede Behandlung ausheilen können, so verlangt er doch, dass in jedem Fall, wo derartige Deformitäten entstehen, eine energische antirachitische Allgemeinbehandlung stattzufinden hat, und dass alle diejenigen Deformitäten, welche nach ihrer Lage und nach ihrer Schwere geeignet erscheinen, den Träger dauernd zu schädigen,



der Korrektur unterzogen werden müssen. Die Behandlung hat sich zusammenzusetzen aus einer Allgemeinbehandlung und aus einer Lokalbehandlung, von denen jene die wichtigere ist. Gute hygienische Verhältnisse, gute Milch, Lebertran mit oder ohne Phosphor sind hierbei die Haupterfordernisse. Es kann aber auch hier zu viel geschehen, und es gibt nach Sch. Kinder, die milch- und lebertrankrank sind und denen man deshalb Milch und Lebertran entziehen und eine wechselreiche, möglichst rein vegetabile Kost mit besonderer Bevorzugung von frischen Gemüsen und Obst und daneben reichlich Zucker geben muss. Betreffs der Behandlung der Deformitäten verfährt Sch. nach den allgemein üblichen Grundsätzen. Bei komplizierten Beinverbiegungen fängt er stets mit der Hüfte an und nimmt niemals an demselben Bein in verschiedener Höhe zu gleicher Zeit Korrekturen nach verschiedener Richtung vor. Er zieht die Osteoklase oder das Eindrücken der Kortikalis über den Keil der Osteotomie vor, die er nur subperiostal ausführt, und als lineäre, wenn nicht ganz besondere Verhältnisse eine andere Form der Operation bedingen. Bei derselben wird im Scheitelpunkt der Krümmung angegriffen und die Osteotomie so gelegt, dass sie von der Konkavität nach der Konvexität zielt. Bei langen bogenförmigen Verbiegungen wird die Knochendurchtrennung an mehreren Stellen ausgeführt, weil man dadurch näher an die normale gerade Linie herankommt, als wenn man nur eine einzelne Durchtrennung macht.

Blencke-Magdeburg.

11) **A. Reich.** Die Amputationen im Kindesalter und ihre Folgen für das Knochenwachstum. (Bruns Btrge. z. kl. Chir. 68. Bd. 1. H. p. 260.)

Dass in der Physiologie und Pathologie der Amputationsstümpfe die des Kindesalters eine Sonderstellung einnehmen, war den Chirurgen schon lange bekannt, es fehlte aber bisher an einem systematisch nach allen Richtungen untersuchten Material. Diese Lücke sucht Verf. durch seine eingehende Untersuchung des Materials der Tübinger chirurg. Klinik auszufüllen und durch seine Beobachtungen neue Anregung zu weiteren Untersuchungen auf diesem Gebiet und zur rationelleren Behandlung kindlicher Amputationsstümpfe zu geben. Die interessanten Untersuchungsresultate können hier nur kurz wiedergegeben werden. — Die häufigere Beobachtung stärkster Konizität kindlicher Amputationsstümpfe führte zu Untersuchungen über Längen- und Dickenwachstum, über die Formentwickelung etc. von Knochen und Weichteilen. Dabei konnte Verf. feststellen: Kindliche Amputationsstümpfe nehmen regelmässig



am Längenwachstum teil und zwar nach Massgabe der Wachstumsenergie der zurückgebliebenen Epiphysenfuge. Hiervon abhängig ist das proportionale Verhältnis zur Länge der gesunden Extremität. Im Dickenwachstum bleiben die Amputationsstümpfe erheblich hinter der normalen Seite zurück, und zwar betrifft die Hypoplasie den ganzen oberhalb des Stumpfes gelegenen Abschnitt und findet in allen Durchmessern gleichmässig statt. Am Stumpfende findet häufig eine griffelförmige Zuspitzung des Knochens statt, wie sie bei Erwachsenen nicht gefunden wird. Das Längenwachstum der Muskeln des Stumpfes hält mit dem des Knochens nicht gleichen Schritt aus 2 Gründen: 1. ist das Längenwachstum der Muskeln abhängig von der ursprünglichen Länge des Muskelstumpfes, während für das Längenwachstum des Knochens die Wachstumsenergie der Epiphyse massgebend ist. 2. ist das Längenwachstum der Muskeln von der Festigkeit des Ansatzes des Stumpfendes am Knochen abhängig. Auf diese ist daher in der Prophylaxe der Konizität der Stümpfe besonderer Wert zu legen.

Die Konizität der Stümpfe infolge des eben genannten Wachstums-Missverhältnisses ist am häufigsten an Oberarm- und Unterschenkelstümpfen (— hier liegt die Wachstumsenergie vorwiegend in der proximalen Epiphyse —). Der Grad der Konizität ist abhängig von dem Alter zur Zeit der Amputation und von der Amputationshöhe, vom Heilungsverlauf nur in geringem Masse.

Auch noch an höher gelegenen Skelettabschnitten machen sich die Folgen der Amputationen im Wachstumsalter geltend. Hier ist am wichtigsten die Coxa valga auf der Seite der Amputation und die einseitig schräge Verengung des Beckens.

Balsch-Heidelberg.

12) **De Gaetano.** Processo di riparazione delle fratture quando sono soppresse alcune delle sorgenti osteoblastiche che concorrono alla formazione del callo. (Il Tommasi 1910 Nr. 6.)

De Gaetano fasst das Resultat seiner Versuche wie folgt zusammen:

1. Bei Entfernung des Periosts wird die Bildung des Knochenkallus etwas verzögert, bleibt aber nicht gänzlich aus.

2. Bei Zerstörung des Markes folgt, wenn die Zerstörung sehr ausgedehnt und vollständig ist, häufig Nekrose der Fragmentenden.

3. Bei Zerstörung des Markes und des Periosts folgt konstant Nekrose der Fragmentenden, proportional der Ausdehnung der Zerstörung. Verfolgt man den Prozess längere Zeit, so kann häufig



die Resorption der nekrotischen Stücke und die definitive Bildung eines fibrösen Callus beobachtet werden.

4. Bei Abtragung der Hälfte des Knochenzylinders mit dem zugehörigen Periost bildet sich der Callus rasch und der verbleibende Hohlraum wird rasch durch abundante Knochenneubildung ausgefüllt. **Buccheri**-Palermo.

13) **Codivilla.** Sul trattamento delle pseudo-artrosi delle ossa lunghe. (Arch. di ortop. 1910, fasc. 1.)

Vortrag auf dem XVI. internationalen Kongress zu Budapest. **Buccheri**-Palermo.

14) **Jaekel.** Erfahrungen mit der von Pirquetschen kutanen Tuberkulinreaktion. (Diss. Rostock. 1910.)

Auf Veranlassung von Prof. Martius wurde die kutane Impfung an 333 Patienten der Rostocker med. Klinik vorgenommen und zwar handelte es sich beinahe ausschliesslich um Erwachsene. Zur Anwendung kam das Kochsche Alttuberkulin in folgender Konzentration: 1 Teil Alttuberkulin, 1 Teil Karbolglyzerin, 2 Teile Aquae dest. Von den 87 Tuberkulösen, die geimpft wurden, reagierten 72 positiv, 15 negativ, von den 103 Tuberkulösverdächtigen 84 positiv, 19 negativ, von den 143 Nichttuberkulösen 81 positiv und 62 negativ. Den hohen Prozentsatz positiver Reaktionen sucht Verf. dadurch zu erklären, dass fast jeder Mensch im Laufe seines Lebens eine tuberkulöse Infektion erlitten hat, und dass die Pirquetsche Probe ein so feines Reagenz ist, dass sie selbst die kleinsten latenten oder gar schon ausgeheilten tuberkulösen Heerde anzeigt. Eine Methode von so grosser Empfindlichkeit kann nach J.'s Ansicht, wenigstens bei positivem Ausfall der Reaktion, in diagnostischer Hinsicht natürlich nur einen beschränkten Wert haben, zumal da sie zwar das Vorhandensein irgend eines tuberkulösen Heerdes beweist, nicht aber, dass die zur Zeit das Interesse auf sich ziehende Erkrankung tuberkulöser Natur ist. Besser verwertbar ist der negative Ausfall der Reaktion. Patienten, die auf eine technisch einwandsfreie, eventuell zu wiederholende Impfung nicht reagieren, sind mit aller Wahrscheinlichkeit als tuberkulosefrei anzusehen. **Blencke**-Magdeburg.

15) **Vignard** (Lyon). La mode des injections dans les tuberculoses articulaires. (Annales de chirurgie et d'orthopédie Bd. 23. S. 118.)

V. spricht den von anderer Seite so gerühmten Injektionen von Jodoform, Kamphernaphthol jede Bedeutung für die Ausheilung des



tuberkulösen Prozesses ab, da in den meisten Fällen der Erkrankungsherd im Knochen sitzt, wo er von dem Medicament nicht erreicht werden kann. Das wichtigste bei der konservativen Behandlung der Gelenktuberkulosen ist die Fixation des erkrankten Gliedes.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

16) **Matsuoka** (Kioto). Wismutvergiftung nach Injektion. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 4.—6. H. p. 508.)

3 Fälle von Wismutintoxikation nach Injektion von 10% Bism.-vaseline. 2 Fälle mit tödlichem Ausgang. Im 1. Fall waren 60 gr, im 2. 80 gr und im 3. Fall 40 gr Bi. vaseline in tbk. Abszesshöhlen injiziert worden. Die ersten Intoxikationserscheinungen traten 12—32 Tage nach der Injektion auf und bestanden in der typischen Affektion der Organe der Mundhöhle neben allgemeiner Mattigkeit, Kopfschmerzen etc. — Es scheint sich in diesen Fällen mehr um eine Metallvergiftung als um eine Nitritvergiftung zu handeln. (Ref.) **Balsch**-Heidelberg.

17) **Fritz Brandenberg** (Winterthur). Polyarthritis chronica progressiva primitiva im Kindesalter. (Münch. med. Woch. Nr. 24. 1910.)

B. berichtet über drei Fälle dieser Krankheit, über die Hoffa seinerzeit eingehende Mitteilungen machte. Das Leiden betrifft meist Jugendliche, besteht in einer Atrophie der Knochen und Muskeln, einer Verdickung der Gelenke, die spindelförmig aufgetrieben werden. Es beginnt meist in den kleinen Fingergelenken. Es hat fortschreitenden Charakter. Im Verlauf kommt es zu Kontrakturen, teils fibrösen, teils ankylotischen. Nicht selten scheinen die serösen Häute beteiligt. Salizyl ist ohne Einfluss, Fibrolysin-Injektionen haben bisher günstige Resultate erzielt, daneben ist es sehr wichtig, durch passive Bewegungrn die Gelenke und durch aktive die Muskeln zu beeinflussen. Ueber die Aehnlichkeit des Krankheitsbildes mit dem von Poncet beschriebenen „tuberkulösen Rheumatismus" sagt der Verf. nichts.

Hohmann-München.

18) **Niehans.** Die Rolle der isolierten Muskelatrophie als diagnostisches Symptom zur Lokalisation von tuberkulösen Knochenherden. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 25. S. 852, 53.)

Es ist manchmal sehr schwer, einen tuberkulösen Knochenherd nach seiner Lage genau zu diagnostizieren. N. hat nun durch



langjährige Untersuchungen festgestellt, dass einem Knochenherd stets die Atrophie eines Muskels oder einer Muskelgruppe entspricht, die an dem betreffenden Knochensegment inseriert oder entspringt. Verf. ist mangels jeder Veränderung der Muskelfarbe geneigt, eine toxische Schädigung anzunehmen. Einfache Inaktivitätsatrophie ist mit Sicherheit auszuschliessen.

Anführung einzelner klinischer Beispiele, die interessant genug sind, um hier aufgeführt zu werden:

Bei Tuberkulose des Kalkaneus deutliche Atrophie des Triceps surae. Bei Tuberkulose des Corpus ulnae Atrophie des Triceps brachii. (NB.! Das Röntgenbild kann hier leicht im Stiche lassen!) Durch genaue Lokalisation kann eventuell eine sonst unvermeidliche Gelenkresektion vermieden werden, da sich sekundäre Gelenkerkrankungen nach Entfernung des primären Herdes zurückbilden können. Ein tuberkulöser Herd im Humeruskopf kann durch Atrophie des M. supraspinatus oder teres major erkannt werden. Auch hier kann durch Beseitigung des primären Herdes das Gelenk eventuell erhalten bleiben.

Atrophie des Vastus ist zur Diagnose von Herden im Tibia-Kopf und bei Atrophie des gesamten Quadrizeps zur Diagnose von Patella-Herden zu verwerten.

Da das Röntgenbild gar nicht so selten tuberkulöse Herde in ihrer genauen Lage nicht erkennen lässt, wird man gut tun, stets auf isolierte Muskelatrophieen zu achten, um mit ihrer Hilfe eventuell eine genaue lokale Diagnose stellen zu können.

Natzler-Heidelberg.

19) **Mayesima** (Kyoto, Japan). Zur Aetiologie der Polymyositis. (D. Zeitschr. f. Chir. 104. Bd. 3.—4. H. p. 321.)

Verf. bringt aus der chirurg. Klinik in Kyoto (Japan) 3 Fälle von den seltenen Formen nicht eitriger Polymyositis, einer entzündlichen harten Infiltration der Muskeln, die keine Neigung zu eitriger Einschmelzung zeigt. In allen 3 Fällen fand Verf. sowohl in den histolog. Präparaten der Muskeln, wie in den bakteriolog. Kulturen Kokken, die sich als Staphylococcus pyogenes albus erwiesen, und ist daher geneigt, diesen als den Erreger und seine notorisch mildere Eigenschaft als Grund des Fehlens eitriger Einschmelzung anzusehen. **Balsch**-Heidelberg.

20) **P. Ewald.** Zur Aetiologie der Myositis ossificans traumatica. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 22. S. 771 ff.)

Verf. erwähnt kurz die Prädilektionsstellen dieser Erkrankung



und die hierfür gegebenen Erklärungsversuche. Den bisher angenommenen Ursachen für die Entstehung der Knochenneubildung — Periost und Muskelbindegewebe — fügt E. noch eine neue hinzu: die Synovia. Er weist darauf hin, dass immer Muskeln in der Nähe von Gelenken von der Myositis ossificans traumatica befallen werden. Von den einzelnen Gelenkteilen, welche Gewebe zur Knochenbildung in der für Myositis charakteristischen Art anreizen können, kommt nach E. nur die Synovia in Betracht. Durch eine Reihe bisher schon bekannter Tatsachen und Befunde sucht er seine Behauptung zu stützen (entwickelungsgeschichtlich enge Verwandtschaft der Synovia mit dem Knorpel-Knochengewebe, häufige Rezidive nach zu früh vorgenommener Operation, öfteres Vorkommen von Zysten mit bernsteinheller [synovialer?] Flüssigkeit im Tumor). Immer aber muss ein der verletzten Stelle aufliegender Muskel „erheblich zerquetscht oder zerrissen sein.“

Der Versuch, die ätiologische Bedeutung der Synovia bei der Entstehung der Myositis ossificans traumatica durch das Tierexperiment sicher zu stellen, ist dem Verf. bei einer Anzahl von Kaninchen nicht gelungen. Er nimmt aber an, dass die Kaninchenmuskulatur überhaupt für diesen Versuch nicht geeignet ist.

Natzler-Heidelberg.

21) **Krause** (Bonn) und **Meinicke** (Hagen). Zur Aetiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung. (2. Mitteilung.) (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 14, S. 647.)

Die Verf. betonen entgegen anderen Veröffentlichungen, dass eine Uebertragung des Virus der Poliomyelitis auf Kaninchen sehr wohl möglich sei. Es sind nicht alle Rassen gleich empfänglich, Kaninchen, die über 1 Kilo wiegen, lassen sich im allgemeinen nicht mehr infizieren. Ausserdem gehören grössere Mengen Impfmaterial dazu, um ein positives Ergebnis zu erhalten. Es gelingt deshalb die Uebertragung der Erkrankung besser durch intraperitoneale oder intravenöse Injektion, da sich subdural weniger Material einverleiben lässt. Auch erwies sich eine Ueberimpfung von den infizierten Kaninchen auf Affen und weitere Kaninchen als ausführbar. Das Virus der Poliomyelitis ist bei den erkrankten Kindern nicht nur im Zentralnervensystem, sondern auch in der Lumbalflüssigkeit, im Blut und in den parenchymatösen Organen enthalten. Es kann diese Tatsache zum Nachweis der Erkrankung bei abortiv verlaufenden Fällen benutzt werden. Spontane Erkrankung von Tieren an Poliomyelitis ist bisher nur bei Hühnern beobachtet worden. Die



Verf. betonen auch die grosse Resistenz des Virus gegen Kälte, Eintrocknen und Glyzerin, sodass man auch eine Uebertragung durch totes Material resp. Speisen in Betracht ziehen muss.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

22) **W. Bergmann.** Ueber Sehnenganglien. (Bruns Btrge. Bd. 66. 3. H. p. 468.)

Sehnenganglien sind weitaus seltener als die bekannten Ganglien der Sehnenscheiden oder Gelenkkapseln. Verf. hatte Gelegenheit 3 Fälle in der chirurg. Klinik in Königsberg zu beobachten und histologisch genau zu untersuchen. Einmal sass das Ganglion am Musc. peronaeus tertius, einmal an den Fingerstrecksehnen und einmal im Lig. patellae. Die beiden erstgenannten Stellen sind auch nach den Fällen in der Literatur Praedilektionssitz der Sehnenganglien. Die Therapie besteht in Exzision der Cysten mit Resektion des Sehnenstückes. Histologisch sind die Sehnenganglien charakterisiert durch eine hyaline Degeneration des Bindegewebes, wodurch die Sehnenfasern auseinander gedrängt werden und ebenfalls degenerieren. Als Degenerationsprodukt bilden sich kleine Cysten mit gallertigem Inhalt, die durch Vereinigung von mehreren zu dem klinisch in Erscheinung tretenden Ganglion werden.

Balsch-Heidelberg.

23) **Bonhoff** (Marburg). Zur Aetiologie der Heine-Medinschen Krankheit. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 12. S. 548.)

B. verimpfte die Rückenmarksubstanz eines Poliomyelitiskranken mit positivem Erfolg intrakraniell bei zwei Affen, bei Kaninchen fiel der Versuch negativ aus. Die mikroskopische Untersuchung ergab Einschlüsse in den Kern der Gliazellen, die mit der Mannschen Färbung deutlich als rosa bis dunkelrote Gebilde mit 1—2 schwarzen Innenkörpern zu differenzieren waren. Ob es sich bei diesen Zelleinschlüssen um den Erreger der Poliomyelitis handelt, lässt Verf. unentschieden, jedenfalls erscheinen sie ihm spezifisch für diese Erkrankung zu sein. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

24) **Meinicke** (Hagen). Experimentelle Untersuchungen über akute epidemische Kinderlähmung. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 15, S. 693.)

Verf. gelang es, das Virus der Poliomyelitis auf Kaninchen zu übertragen und dasselbe auch weiterhin auf andere Kaninchen und auf Affen zu überimpfen. Auch von infizierten Kaninchen, die nach Berlin gesandt waren, gelang dort die Weiterimpfung. Die In-



kubationszeit beträgt im allgemeinen 8—14 Tage, schwankt aber zwischen 3 und 41, anscheinend spielt dabei die Virulenz des Virus eine Rolle. Klinisch setzt die Krankheit akut ein und verläuft unter Abmagerung und Lähmungserscheinungen. Makroskopisch waren keine wesentlichen Veränderungen festzustellen, doch ergab die histologische Untersuchung sowohl bei Kaninchen als auch bei Affen die gleichen Erscheinungen im Zentralnervensystem wie beim Menschen. Während das Virus sich gegen Kälte, Glyzerin etc. sehr resistent verhält, scheint im Tierkörper durch die verschiedenen Passagen allmählich eine Abschwächung der Virulenz einzutreten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

25) **Gowers.** Some aspects of poliomyelitis. (Brit. med. Journ. Febr. 5. 1910.)

Nach einer kurzen geschichtlichen Uebersicht der letzten Epidemien, wobei allerdings fast ausschliesslich die amerikanisch-englischen und die englischen Kolonien berücksichtigt sind, geht Verf. näher auf die schwedische und gleichzeitig letzte englische in Upminster ein. Er berichtet ausserdem über das häufig sporadische Auftreten der Krankheit und zeigt einige Fälle, von denen die ersten zwei Brüder betreffen, die gleichzeitig erkrankten. Die schwedische Epidemie hat Wickman zu der Ueberzeugung gebracht, dass die Poliomyelitis contagiös sei. Verf. glaubt nicht daran und hält die Isolierung für überflüssig, ist vielmehr der Meinung, dass die Erkrankung aus lokalen Ursachen (?) endemisch auftrete.

Mosenthal-Berlin.

26) **Kisack** (Belfast). A case of muscular dystrophy (Erb's juvenile Form) occuring in an adult. (Brit. med. journ. 5. March. 1910.)

Beschreibung eines Falles von Erbscher juveniler Muskeldystrophie bei einem 28jähr. Metallarbeiter. **Mosenthal**-Berlin.

27) **v. Kügelgen.** Beitrag zur neuralen progressiven Muskelatrophie. (Diss. Kiel. 1909.)

Es handelt sich bei der vorliegenden Arbeit um einen Bericht über einen weiteren Fall von neuraler progressiver Muskelatrophie.

Blencke-Magdeburg.

28) **Strakosch.** Beitrag zur Aetiologie der Friedreichschen Ataxie. (Diss. Göttingen. 1909.)

Str. berichtet über einen Fall von Friedreichscher Ataxie, der den sogenannten sporadischen zuzuzählen wäre. Es fand sich bei der



Aszendenz beider Eltern, soweit sich dieselbe zurückverfolgen liess, kein Moment, das als schädigend in Betracht käme. Der einzige Punkt, der für Lues sprechen könnte, war der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion. Str. rät deshalb, nach dieser Richtung hin Versuche anzustellen, und wenn es sich herausstellen sollte, dass auch in anderen Fällen die Reaktion gefunden würde, so würde man dann, vorausgesetzt natürlich, dass die diagnostische Richtigkeit derselben auf Lues sich bewährt, wohl berechtigt sein, anzunehmen, dass zwischen Lues hereditaria und Friedreichscher Ataxie ein unmittelbarer Zusammenhang besteht.

Biencke-Magdeburg.

29) **Kayser.** Ueber familiäres Auftreten postdiphtherischer Lähmungen. (Diss. Strassburg 1910.)

K. berichtet über 4 Fälle postdiphtherischer Lähmungen, die nacheinander in einem Zeitraum von ungefähr sechs Wochen die sämtlichen Kinder ein und derselben Familie betrafen und in der med. Poliklinik zu Strassburg zur Beobachtung kamen. Auf Grund der mehr oder weniger typischen Lokalisation der Lähmungen und des ganzen Verlaufes glaubt K. auf eine vorangegangene Diphtherie schliessen zu müssen, auch wenn sich keine Diphtheriebazillen aus den Rachenabstrichen züchten liessen, jedenfalls deshalb nicht, weil bei allen Kindern, als sie in die Behandlung kamen, die primäre Rachenaffektion im wesentlichen oder sogar schon ganz abgeklungen war. Bei allen Kindern trat auch eine charakteristische Beteiligung der Nieren zu Tage. K. glaubt annehmen zu dürfen, dass eine gewisse hereditär-nervöse Veranlagung für die Entstehung derartiger Lähmungen eine Prädisposition bildet, und dass auch, wie hier, alkoholisch-toxische Einflüsse auf das Nervensystem für das familiär gehäufte Auftreten verantwortlich zu machen sind.

Biencke-Magdeburg.

30) **G. Verga** (Pavia). Le basi anatomiche della chirurgia dei nervi periferici. (La Clin. chir. 1910. Nr. 1.)

Verf. hat eine Reihe von Tierversuchen über die Chirurgie der peripheren Nerven angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Es ist möglich, durch Naht mittelst Dehnung der Stümpfe nach Schüller Kontinuitätslösungen von 2—3 cm zu überwinden, ohne dass die Dehnung dem Regenerationsprozess schade oder irgendwie die Vernarbung hindere.

2. Bei der Kreuzungsnaht der Nerven ergibt die histologische Untersuchung der Nervennarbe den gleichen Befund wie bei der direkten Naht.



3. Die Distanznaht gibt gleich gute Resultate, sowohl wenn sie mit Seidenschlingen, wie wenn sie mit Katgutschlingen gemacht wird.

4. Bei der Röhrennaht haben die frischen Arterienröhren die besten Resultate gegeben, die Kautschukröhren die schlechtesten. Die Payrröhren, wie sie sich heute im Handel befinden, dienen mehr zum Schutz der Nervennaht als zur Röhrennaht.

5. Die makroskopische Einheilung der homo- wie der heteroplastischen Pfropfung wird leicht erhalten; das eingepfropfte Stück aber degeneriert konstant und dient nur als Leiter für die vom zentralen Stumpf kommenden Fasern. 10 Tage nach der Operation ist es bereits möglich, neugebildete Fibrillen in dem proximalen Stück der Pfropfung zu erkennen. Unter dem anatomischen Gesichtspunkt ergibt sich kein verschiedenes Verhalten zwischen homoplastischen und heteroplastischen Pfropfungen; ebensowenig ist die Orientierung des implantierten Stückes von Bedeutung.

6. Die autoplastische Verlängerung der Nerven ist ein grundverfehltes Verfahren; sie verschlimmert die Läsion, die sie reparieren möchte.

7. Die Nervenimplantation gelingt leicht, was die anatomische Vereinigung anbelangt, und die Verwachsung kann bereits wenige Tage nach der Operation eine kräftige sein. Es kann unzweifelhaft ein direkter Uebergang von Fasern vom gesunden Stamm zum lädierten Stamm nachgewiesen werden. Der Befund ist nicht konstant und kann zuweilen, vielleicht infolge technischer Mängel, fehlen. Die Neurotisierung des lädierten Stammes kann erfolgen, welches auch immer das eingeschlagene Operationsverfahren ist, und sei es auch die einfache Fixierung der Implantation durch eine Längsnaht ohne Anfrischung. Die Schwere der Läsion, welche in dem gesunden Stamm entsteht, steht in Beziehung zu der Methode, die bei der Operation verwendet wird, und die erwähnte Läsion verheilt auf Kosten der nämlichen Regenerationsprozesse, die zur Neurotisierung des lädierten Stammes bestimmt sind.

8. Bei der Neurektomie verhindert die igneale Kauterisation des zentralen Stumpfes nicht die Regeneration der Nervenfasern.

Buccheri-Palermo.

31) **Eichhorn.** Ueber die Resultate der in der Jenaer Klinik ausgeführten Nervennähte. (Diss. Jena 1900.)

E. berichtet über die Nachuntersuchungenvon Patienten, bei denen in der chirurg. Klinik zu Jena die Nervennaht ausgeführt wurde. Es konnten 14 Fälle nachuntersucht werden, und zwar handelte es



sich nur um Extremitätennerven, je einmal um den N. radialis und medianus und je viermal um den N. ulnaris, peroneus und ulnaris mit medianus zusammen. — Die Erfolge entsprachen im ganzen nicht den erhofften Voraussetzungen, da in der Literatur vielfach von äusserst günstigen Resultaten berichtet worden ist. Nur in fünf Fällen konnte von einer wirklichen Wiederherstellung der eingebüssten Funktion der dem Nerven unterstellten Muskeln und der wiederhergestellten, vordem verloren gegangenen Sensibilität die Rede sein. Vielfach wurde nur ein Teil der eingebüssten Motilität und Sensibilität hergestellt, in mehreren Fällen war die Nachoperation der Nervennaht ohne jeden Erfolg. — Eine spezielle Beschreibung der einzelnen Fälle ist der Arbeit beigegeben.

Blencke-Magdeburg.

32) **Stoffel** (Heidelberg). Neue Gesichtspunkte auf dem Gebiete der Nerventransplantation. (Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. XXV, S. 505.)

Von dem Gedanken ausgehend, dass eine Differenzierung der verschiedenen Leitungsbahnen im Nervenquerschnitt bei der Nervenüberpflanzung in bezug auf die Wahl des abzutrennenden Lappens von Wichtigkeit sein müsse, hat St. am anatomischen Präparat sorgfältige Untersuchungen über den Verlauf der einzelnen Bahnen im Inneren des Nerven angestellt. Das Ergebnis der Arbeit ist, dass sich die einzelnen Nervenstämme sehr weit zentralwärts im Nerven verfolgen lassen. St. hat eine Querschnittstopographie für die wichtigsten Nerven in verschiedener Höhe des Stammes festgelegt, so für den Radialis, Medianus, Ulnaris, Axillaris, sowie Femoralis, Peroneus und Tibialis. Verf. hält die absteigende Methode wegen der genaueren Bestimmung des zu überpflanzenden Abschnitts für die empfehlenswertere. Ueber die Einzelheiten der von ihm geübten Technik sowie über die Details der anatomischen Untersuchung macht Verf. genaue Angaben, die im Referat nicht einzeln behandelt werden können.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

33) **Grunwald.** Zur Pathologie und Therapie schwerer Lähmungen. (Diss. München. 1909.)

G. berichtet über 18 Fälle von schweren Lähmungen, die in der Langeschen Klinik behandelt wurden und die den besten Beweis dafür abgeben, welch glänzendes Ergebnis selbst bei nahezu totaler Lähmung einer oder sogar beider unterer Extremitäten einschliesslich der Hüften lediglich durch Tenotomien und zweckentsprechende ein-



fache Apparate ohne Zuhülfenahme plastischer Operationen erzielt werden kann. Es handelte sich in allen Fällen um sogenannte Hand- oder Kniegänger, die wieder zum Gehen und Stehen gebracht wurden, so dass sie sich in festsitzenden Hülsenapparaten ohne Krücken völlig freihändig oder nur mit einem gewöhnlichen Spazierstock in der Hand sehr sicher fortbewegen konnten. Die zur Ausführung gelangten operativen Massnahmen erstreckten sich in der Hauptsache auf die Beseitigung von Beugekontrakturen des Hüft- und Kniegelenks, von Klumpfuss- und Spitzfussstellungen. G. stellt folgende Anforderungen an die betr. Apparate: Verhütung des Einknickens der Gelenke; möglichst sicherer Anschluss der Extremitäten an das Becken, von dem aus die Beine bewegt werden sollen, jedoch ohne völlige Aufhebung der Beweglichkeit der Hüftgelenke; Möglichkeit der Belastung und Entlastung der Extremitäten; Ermöglichung des Längenwachstums; möglichste Einfachheit und Leichtigkeit. **Blencke**-Magdeburg.

34) **Herz** (Sidney). Die Entstehung der Kontrakturstellung bei spastischen Lähmungen. (Zeitschrift für orthop. Chirurgie XXV. Bd. S. 723.)

H. erklärt die typische Stellung der Extremitäten bei spastischen Lähmungen dadurch, dass die kontrahierten Muskeln die anderen an Masse (d. h. an Kraft) übertreffen. Eine Aussenrotation kommt trotz des Ueberwiegens der Aussenrotatoren nicht zustande, weil die beiden in Flexionsstellung befindlichen Beine sich dabei gegenseitig hemmen. Die Innenrotation bekämpft H. durch Gipsverband, Exstirpation des vorderen Teiles des Glutäus medius und in hochgradigen Fällen durch hohe Osteotomie des Femur. Die sonstigen Kontrakturen werden durch entsprechende Tenotomien beseitigt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

35) **Tsuruya Okoda**. Untersuchungen über Händedesinfektion. (Diss. Giessen. 1910.)

Auf Grund seiner Beobachtungen zieht O. folgende Schlussfolgerungen:

»1. Die verschiedene Beschaffenheit der Hände und die mehr oder minder grosse Uebung der Versuchsperson üben einen bedeutenden Einfluss auf die Ergebnisse der Händedesinfektion aus.

2. Wässrige Lösungen der geprüften Desinfektionsmittel genügen nicht, um die Hände ausreichend keimarm zu machen. Von den verschiedenen in dieser Form untersuchten Desinfektionsmitteln zeigten die Chlor- — m — Kreosollösungen die beste Wirkung.

3. In alkoholischen Lösungen wirken alle geprüften Desinfektions-



mittel weit besser, wie in wässrigen Lösungen. Die besten Ergebnisse wurden auch hier mit Chlor — m — Kreosol erzielt.

4. Das Chlor — m — Kreosol in rizinolsaurem Kali löst sich in Alkohol ganz klar. Diese alkoholische Chlor- — m — Kreosollösung riecht nicht, schäumt nicht und greift die Hände nicht an. Sie ist die geeignetste Lösung für die Händedesinfektion.

5. Eine 0,25 %ige alkoholische Chlor- — m — Kreosollösung zeigt schon eine sehr günstige Wirkung. Eine 0,5 %ige Lösung ergab noch bessere Resultate. Steigt die Konzentration über 0,5 %, so werden die Resultate im allgemeinen noch besser, wenn auch die Unterschiede gering sind.

6. Der als Lösungsmittel des Chlor — m — Kreosols dienende Alkohol hat in 70 % Konzentration die beste Wirkung gezeigt. Nächst der 70 %igen Konzentration kam die 90 %ige und dann die 50 %ige. Nimmt die Konzentration des Alkohols bis 25 % ab, so sind die Resultate sehr schlecht.

7. Als Lösungsmittel des Chlor — m — Kreosols zeigte der Aethylalkohol die günstigsten Ergebnisse. Nächst dem Aethylalkohol folgt in Bezug auf Wirksamkeit Methylalkohol und dann denaturierter Alkohol-(Brennspiritus).

8. Die Verwendung von Kaliseife bei der Händedesinfektion ergab günstigere Resultate als die von Mandelseife.

9. Seifenwaschung und eigentliche Desinfektion konnten ohne Nachteil auf 3 Minuten beschränkt werden, vorausgesetzt, dass die Hände für die Desinfektion geeignet waren und der Waschungsprozess energisch und gründlich ausgeführt wurde.

10. Eine Verlängerung der Seifenwaschung auf 10 Minuten ist von günstigem Einfluss auf das Resultat. Eine Verlängerung der Zeitdauer der Desinfektion bis auf 7 Minuten ist von grösserem Einfluss als die Verlängerung der Seifenwaschung.

11. Wenn die Hände in zweckmässiger Weise wiederholt desinfiziert werden, so werden die neu von aussen auf die Hände gelangten Keime leichter beseitigt und auch die tiefer liegenden Keime durch Wiederholung der Desinfektion allmählig abgetötet, sodass schliesslich vollständige Sterilität der Hände erzielt wird.

12. Eine Steigerung der Temperatur der Desinfektionslösung auf 42 ° C. war nur von geringem Einfluss auf das Resultat.

13. Alkohol und Chlor — m — Kreosol ergeben getrennt schlechtere Resultate, als kombiniert. Hierzu kommt noch der Zeitverlust und die Unbequemlichkeit in der Praxis bei getrennter Anwendung.

14. Die alkoholischen Chlor- — m — Kreosollösungen sind anderen

bekannten Händedesinfektionsmitteln in allen Punkten überlegen, sowohl hinsichtlich der Wirksamkeit, wie ihrer Ungiftigkeit und Reizlosigkeit für die Haut.«

Blencke-Magdeburg.

36) **Gabbert** (Madras), **Milward** (Birmingham). Death under spinal anaesthesia by Jonnescu's method. (Brit. med. journ. 19. März 26. 10.)

Beide Verf. berichten über je einen Todesfall nach der von Jonnescu angegebenen Rückenmarksanaesthesie mittels Novokain und Strychnin.

Mosenthal-Berlin.

37) **Erggelet.** Ueber Urinbefunde nach Lumbalanaesthesie mit Stovain. (Diss. Freiburg. 1910.)

E. berichtet über die Urinbefunde bei 50 mit Stovain ausgeführten Lumbalanaesthesieen. Das Ergebnis der Untersuchungen, auf Grund deren E. behaupten zu können glaubt, dass das Stovain nierenschädigende Eigenschaften besitzt, stimmt im allgemeinen mit dem bereits von Dr. Schwarz veröffentlichten überein. Verf. fand in 85,7 % Nierenreizungen.

Blencke-Magdeburg.

38) **Schall** (Halensee). Technische Neuheiten aus den Gebieten der Medizin, öffentlichen Gesundheitspflege und Krankenpflege. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 10. S. 464.)

Sch. beschreibt als Mitarbeiter des Patentamts 1. einen Universal-Geh- und Lagerungsapparat, der zur Behandlung von Gelenkentzündungen, Frakturen etc. dienen soll und durch seine universelle Adaptierungsfähigkeit die nach individuellen Maassen gefertigten Vorrichtungen überflüssig machen soll. 2. Einen Geradehalter, bestehend aus Rückenteil und damit verbundenen federnden Armen, die durch Druck von vorn die Schultern zurückhalten sollen. 3. Ein Korsett, bei dem auf der Innenseite des Rückenteils angebrachte Federn eine redressierende Wirkung entfalten sollen. 4. Eine Plattfusseinlage, bei der das Mittelstück durch Einsätze von verschieden hoher Wölbung in seiner Wirkung modifiziert werden soll. Alle 4 Apparate sind durch D. R. P. geschützt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

39) **Willy Pullmann.** Ein neues Messinstrument für Extremitäten. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 24.)

Das übliche Zentimetermessband gibt ungenaue Resultate wegen der Unterbrechung der geraden Messlinie durch Verwölbung der



Muskulatur. Deshalb konstruierte P. ein Instrument, das aus zwei zu einander verschiebbaren Teilen besteht, deren eines eine Zentimeterteilung trägt. Zwei 10 cm lange Ansätze, die rechtwinklig an beiden Teilen angebracht sind, bezeichnen die beiden Endpunkte des zu messenden Gliedes, während das Instrument entsprechend auseinandergezogen wird. Abbildung im Original. Das Instrument scheint praktisch zu sein. Hohmann-München.

40) **Joachimsthal** (Berlin). Ueber angeborene Wirbel- und Rippenanomalien. (Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. XXV, S. 14.)

J. gibt die Beschreibung von zwei anatomischen Präparaten von Wirbelsäulen, die an der Grenze des Hals- und Brustteils und auch an anderen Stellen eingeschobene Halbwirbel und Spaltbildungen zeigten. Bei einem dreijährigen Kinde fand sich ausser Interposition zweier Halbwirbel im Brustteil und der entsprechenden Anzahl Rippen eine knöcherne Verwachsung dreier Rippen dieser Seite. Ein 8 jähriges Mädchen wies neben einem Schulterblatthochstand eine abnorme Grösse des Querfortsatzes des letzten Halswirbels und eine Halsrippe der anderen Seite auf. Ausserdem war auf der Seite des Hochstandes eine Divergenz der 2. und 3. Rippe vorhanden, sodass dadurch ein kleines apfelgrosses Loch in der hinteren Umrandung des Brustkorbes entstand. Ottendorff-Hamburg-Altona.

41) **C. Barile** (Pisa). Contributo allo studio di alcune forme di spina bifida ed osservazioni sulla struttura della nevroglia patologica. (La Clin. chir. 1910. Nr. 3.)

Verf. bespricht drei in der chirurgischen Klinik zu Pisa operierte Fälle von Spina bifida und beleuchtet eingehend einige merkwürdige, bei Untersuchung der Zystensäcke erhobene histologische Befunde, auf Grund deren er behauptet, dass bei Spina bifida deutliche Spuren von anomaler Verteilung und von Vermischung der embryonalen Anlagen verschiedener Gewebe aufgefunden werden können. Diese Tatsachen beweisen, dass die Entstehung dieser Missbildung nicht so einfach ist, als aus der am weitesten verbreiteten Theorie (Recklinghausen, Muscatello) zu schliessen wäre, welche die Spina bifida auf einen einfachen Wachstumsdefekt der embryonalen Rudimente und sukzessive Komplikationen mechanischer und entzündlicher Natur zurückführt.

Anschliessend folgen Betrachtungen über einige umstrittene Punkte inbezug auf Diagnose, Prognose und Behandlung der fraglichen Krankheit.



Verf. beschreibt auch eingehend die Alterationen der Neuroglia einer Myelozyste und stellt deren entzündliche Natur fest. Da er in derselben Myelozyste einige Wintersteinersche Rosetten gefunden hat, rückt er die Daten ins Licht, welche sich aus seiner Beobachtung als Beitrag zur Erklärung der Entstehung und Bedeutung dieser pathologischen Bildungen ergeben.

Buccheri-Palermo.

42) **Spriggs.** Congenital Thoracis deformity. (Brit. med. Journ. 1910. v. 5. III.)

S. zeigt einen Fall von kongenitalem Defekt des sternocostalen Teils des musculus pectoralis maior und minor links.

Mosenthal-Berlin.

43) **Läwen.** Ueber eine Thoraxdeformität bei lange bestehendem Anus praeternaturalis im Kindesalter. (D. Zeitschr. f. Chir. 105. Bd. 1.—2. H. S. 257.)

Ein 5jähriger Knabe, bei dem wegen Atresia ani am 3. Tage ein Anus praeternaturalis am Querkolon angelegt wurde, zeigte eine Art Trichterbrust, indem der Schwertfortsatz stumpfwinklig nach hinten abgeknickt war, sodass der untere Corpusrand des Sternum als Kante vorsprang. Zu beiden Seiten des im Epigastrium befindlichen, markstückgrossen Anus praeternat. waren die Rippen zu einer tiefen Querfurche eingezogen. Die Deformität erklärt sich dadurch, dass das mit der vorderen Bauchwand verwachsene Querkolon durch das kurze Mesokolon transversum an der Wirbelsäule fixiert ist und beim weiteren Wachstum einen Zug auf den untern Teil der vorderen Thoraxwand ausübt. Bei Anlegung eines Anus praeternat. im frühen Kindesalter soll man das Querkolon vermeiden.

Zander-Heidelberg.

44) **Benedetti-Umbria.** Un caso di spondilosi rizomelica. (Rif. med. 1910. Nr. 21.)

Ein nicht erblich belasteter 26jähriger Bauer erlitt als Knabe ein starkes Trauma an der linken Seite durch Sturz von einer Eiche. 1906 wurde er in die Irrenanstalt aufgenommen. Er klagte über heftige Schmerzen im linken Koxofemoralgelenk, wo objektiv nichts besonderes wahrgenommen wurde. Später dehnte sich die Schmerzhaftigkeit auf das rechte Koxofemoralgelenk und die Wirbelsäule aus. Ungefähr zwei Jahre nach seiner Aufnahme starb Pat., welcher nunmehr eine vollständige Ankylose der Gelenke des Oberschenkels und des Rückgrats zeigte, an Lungentuberkulose.

Buccheri-Palermo.



45) **Romano.** La spondilosi rizomelica. (Giorn. intern. delle scienze med. 1910 Nr. 5.)

Verf. glaubt, dass der Name Spondylosis rhizomelica für alle jene Fälle von Versteifung der Wirbelsäule zu reservieren sei, die sie durch verschiedene pathologisch-anatomische Verhältnisse klinisch behaupten lassen, mit vollständiger oder unvollständiger Ankylose eines oder mehrerer Gelenke der Wurzeln der Ober- oder Unterextremitäten, welches auch deren Aetiologie und Pathogenese, Verlaufkomplikationen, funktionelle Störungen sein mögen. Denn diesen Fällen entspricht der nosographische Begriff, der in der von Marie und Strümpell gegebenen ethymologischen Bezeichnung enthalten ist und synthetisch an den vorherrschenden Symptomenkomplex erinnert.

Buccheri-Palermo.

46) **Lange** (Strassburg). Allmähliches Redressement des Pottschen Buckels. (Zeitschrift für orthop. Chirurg. XXV. Bd. S. 292.)

L. führt seine Behandlung der Spondylitis in verschiedenen Etappen durch. In der ersten Zeit im frischen Stadium (1—1½ Jahre) Lagerung im Gipsbett, das vom Kopf bis in den Füssen geht (eventuell Lagerungsapparat aus Leder und Stahl). Als zweite Periode Gipsverband, der durch Sägeschnitte horizontal geteilt wird, sodass eine Korrektur durch eingeschobene Korkkeile erfolgen kann (1—1½ Jahre). Im dritten Teil der Behandlung festes Korsett mit Rückenfenster zur Kompression des Gibbus eventuell mit Kopfstütze. Im weiteren Verlauf wird zur Nachbehandlung noch ein leichter Geradehalter und ein Gipsbett, das lediglich den Rumpf umfasst, gegeben. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

47) **Chlumsky** (Krakau). Ueber die Behandlung der habituellen (Schul-)Skoliose. (Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. XXV, S. 619.)

Ch. spricht sich dahin aus, dass die habituelle Skoliose keine Schulkrankheit sei, da der grösste Teil der von ihm untersuchten skoliotischen Kinder überhaupt keine Schule besuchte. Ch. schreibt der Beckensenkung durch Verkürzung eines Beines eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Rückgratverbiegung zu. Dementsprechend gibt er besonders bei einseitigen tiefsitzenden oder totalen Verbiegungen auf der verkürzten Seite eine Sohlenerhöhung. Ausserdem kommt das manuelle Redressement in Bauchlage und durch Apparate zur Anwendung. Auch durch Anlegung von Korsetts wird die Behandlung weiterhin unterstützt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



48) **Wittkop.** Zur Kenntnis der Luxation des Atlas. (Diss. Leipzig. 1910.)

Auf Grund der in der Literatur veröffentlichten Fälle und eines neuen aus der Bockenheimerschen Praxis stellt W. folgende Schlusssätze auf:

1. Lassen sich auf dem Röntgenbild bei einer Rotationsluxation des Atlas stärkere Verstellungen nachweisen, so muss, falls keine Fraktur des Zahnfortsatzes des Epistropheus vorliegt, eine Luxation, zum mindesten eine Subluxation im korrespondierenden Seitengelenk vorliegen.

2. Die Röntgenuntersuchung ist bei dieser Verletzung ein ausserordentlich wichtiges diagnostisches Hilfsmittel; sie muss in zwei zueinander senkrecht stehenden Ebenen erfolgen, von vorn und von der Seite. Sehr wichtig ist es, dass bei der Aufnahme von vorn der Mund des Verletzten geöffnet ist, damit die Kieferknochen das Bild der beiden ersten Halswirbel nicht undeutlich machen.

3. In erster Linie ist die Reposition des luxierten Atlas ohne Narkose zu untersuchen; ist die Halsmuskulatur in Spannung, so ist die Narkose zur Entspannung der Muskeln notwendig. Da das Erregungsstadium der Narkose eine stärkere Dislokation des Atlas herbeiführen kann, wodurch die Gefahr einer Verletzung des Rückenmarks vermehrt wird, so kann man statt der sofortigen Reposition ohne Narkose auch eine allmähliche Reposition durch Anlegen eines Extensionsverbandes mit starken Gewichten zu erreichen suchen, so vor allem bei der Luxationsfraktur.

4. Zur Nachbehandlung ist die Anwendung der Gipskrawatte ausserordentlich zweckdienlich, da sie nach gelungener Reposition eine Reluxation des Atlas verhindert. Auch in den Fällen, die mit Fraktur des Zahnfortsatzes kompliziert sind, ist das Tragen einer Gipskrawatte noch Monate hindurch von grossem Wert, da sie Hals und Kopf ruhig stellt und auf die Kallusbildung dadurch förderlich wirkt.

Blencke-Magdeburg.

49) **A. van der Minne** (Amsterdam). Oven halsribben. (Med. Rev. März 1910.)

A. v. d. Minne bespricht auf Grund zweier von ihm beobachteter Fälle das Entstehen von Halsskoliosen infolge bestehender Halsrippen. Nach Hinweis auf die Möglichkeit einer besonderen Rassen-Disposition (findet doch Helbing 2 % deutsches, Gruber 33 % russisches Material) erklärt er das Entstehen der Halsrippen und weist darauf hin, dass Garré diese Skoliosen als auf mechanischem Wege entstanden betrachtet, als eine Folge der Halsrippen;



einmal wegen des verhältnismässig häufigen Zusammentreffens der beiden Abweichungen, dann dadurch, dass eine einseitig vorkommende Halsrippe mehr oder weniger die freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule nach dieser Seite hemmen muss.

Hoffa und Helbing weisen auf das fast immer konstante Vorkommen einer bestimmten Art von Skoliose bei Halsrippen hin: ein leichter Schiefhals, vornübergeneigtes Haupt, Kinn nach der konvexen Seite der Skoliose gedreht; das Haupt erscheint mitunter ganz nach dieser Seite verschoben. Eigenartig ist ferner die hohe Lage.

Helbing erklärt das Vorkommen dieser Skoliosen auf reflektorischem Weg. Die Patienten nehmen die verkehrte Haltung an, damit sie keine Schmerzen haben.

Gustav Drehmann hält die Halsrippenskoliosen für kongenital, da sie immer mit Anomalien an Wirbelkörpern und -bogen gepaart gingen.

Nach Eckstein sind Rhachitis und Heredität im Spiel.

Was die Therapie betrifft, kommen nur die Fälle in Behandlung, die Drucksymptome, mit den Folgen daran, zeigen. Nötig ist, dass die Halsrippe mit dem Periost reseziert wird, da sich sonst eine neue Knochenformation entwickeln kann.

v. d. Minne macht noch darauf aufmerksam, dass Hickol, ebenso wie er, auf das Zusammentreffen von tuberkulösen Lungenspitzenaffektionen mit Halsrippen hinweist.

Dann geht er zur Beschreibung seiner beiden Fälle über: Beim ersten bestand eine Schwächung des linken Armes durch eine Halsrippe am letzten Halswirbel; beim zweiten Fall wurden bei Röntgenuntersuchung der beiden Lungenspitzen zwei Halsrippen aufgefunden, die keine Symptome machten.

Schliesslich bespricht er das Entstehen der Halsrippen als atavistische Erscheinung (Rippe am 7. Halswirbel) oder als Zukunftsbild: Rudimentärwerden der Rippe am 1. Brustwirbel.

Tilanus-Amsterdam.

50) **Caminiti** (Neapel). Della osteomielite e della estirpazione della scapola. (Il Policlin. Sez. chir. 1910 fasc. 1.)

Verf. bespricht die in der Literatur bekannten 25 Fälle von Radikaloperation und schliesst aus ihrer geringen Anzahl, dass in dem Schulterblatt die Lokalisation der pyogenen Keime selten ist. Zu diesen Fällen fügt er seine persönliche Beobachtung, die er bei einem



27 jährigen Manne machte. Anschliessend daran bespricht er kurz Symptomatologie, Einteilung des Prozesses, Verlauf, Behandlung (Radikaloperation) und deren Erfolge. **Buccheri**-Palermo

51) **Tarsia in Curia.** Su di un caso di frattura delle due clavicole. (Studium 1910. Nr. 1.)

Es handelt sich um einen Verunglückten des Erdbebens von Calabrien-Sizilien, der durch die Seltenheit der gefundenen Läsionen von Interesse ist. Rechts ist die Fraktur des Schlüsselbeines eine vollständige, links unvollständig. Aus dem Fall nimmt Verf. Anlass zur Untersuchung des Mechanismus solcher Frakturen. **Buccheri**-Palermo.

52) **Grunert.** Zur Operation der Luxatio claviculae praesternalis. (Med. Klin. 1910. Nr. 22. S. 864. 65.)

Kurze Besprechung der in den Sanitätsberichten seit 1878/79 erwähnten 11 Fälle von Luxatio claviculae praesternalis, die fast alle mit Dienstunbrauchbarkeit der betroffenen Leute endeten. Verf. ist der Meinung, dass Militärdienstfähigkeit bei vollständiger Luxation ausgeschlossen ist. Da die Retention durch unblutige Methoden sehr schwer zu erreichen ist, will er auf blutigem Wege vorgehen. Zu unsicher erscheinen ihm die sonst gebräuchlichsten Methoden: Naht eines eventuellen Kapselrisses; König: Fixation eines vom Sternum über das Gelenk herübergeklappten Knochenperiostlappens an der Clavicula; Gersuny: Verlagerung des Ansatzes des Sternocleidomastoïdeus über die Klavikel hinweg an die erste Rippe.

Er befestigt einfach Brustbein und Klavikel miteinander durch Silberdrahtnähte.

Mitteilung eines durch diese Methode geheilten und dienstbrauchbar entlassenen Falles. **Natzler**-Heidelberg.

53) **Berliner.** Die Luxatio claviculae supraacromialis und ihre operative Behandlung. (Diss. Breslau. 1910.)

Nach B.'s Ansicht hat die erwähnte Luxation trotz ihrer Seltenheit doch eine beachtenswerte praktische Bedeutung, da sie Schädigungen im Gefolge haben kann, welche die Leistungsfähigkeit des Patienten schwer gefährden können. Die Prognose richtet sich ganz nach der eingeschlagenen Therapie. Bleibt die Luxation sich selbst überlassen oder unvollständig reponiert, dann ist jene bei weitem nicht so günstig, wie man immer anzunehmen gewohnt ist, abgesehen natürlich von jenen leichten Fällen, die ohne nennenswerte Störungen ausheilen. Die Behandlung mit Verbänden hat sich als unzweckmässig



erwiesen, dagegen hat die operative Therapie bisher fast ausnahmslos günstige Erfolge aufzuweisen, ja in der überwiegenden Anzahl der Fälle konnte das Resultat als ein ideales bezeichnet werden nach jeder Richtung hin. Was die Ausführung der Operation anbetrifft, so ist sie von allen Autoren als leicht bezeichnet worden, und zwar kommen zwei Methoden in Betracht, die perkutane Methode Baums und die sogenannte »offene Behandlung«. Ob eine von diesen den Vorzug verdient, ist bisher nicht erwiesen. B. hat die Baum'sche Operation an der Leiche geübt und sie als eine Methode kennen gelernt, durch die man in einfacher Weise eine vollständige und sichere Reposition erreichen kann. **Blencke-Magdeburg.**

54) **Hintermayer.** Ein Fall von Luxatio claviculae supraspinata. (Diss. München 1909.)

H. konnte in der ihm zugänglichen Literatur nur drei Fälle von Luxatio claviculae supraspinata finden, denen er noch einen vierten anfügt, der im St. Georgi-Ritter-Ordenskrankenhaus zu Nymphenburg in Beobachtung kam und der dadurch besonders interessant erscheint, weil er durch die vorgenommene Operation dazu verholfen hat, über die anatomischen Verhältnisse dieser seltenen Form der Luxation ein klares Bild zu gewinnen.

Blencke-Magdeburg.

55) **Luft.** Luxatio humeri congenita. (Diss. Giessen 1910.)

Nach einer kurzen Uebersicht über die in der Literatur aufgefundenen Fälle von Luxatio humeri congenita berichtet L. über einen in der Giessener Klinik beobachteten Fall, bei dem durch Obduktion mit Sicherheit festgestellt wurde, dass es sich in der Tat um eine derartige Luxation handelt und nicht etwa um eine Epiphysenlösung, die auch im Röntgenbilde eine solche vortäuschen kann. Als das wesentlichste Ergebnis seiner Arbeit hebt Verf. folgende Schlusssätze hervor:

1. Das Zustandekommen einer intrauterinen Schultergelenksluxation ist möglich.

2. Die die Luxation bewirkende Kraft ist weniger in Traumen, als in den Kontraktionen der Uterusmuskulatur, besonders bei Fruchtwassermangel zu suchen.

3. Die zur Entstehung der Luxation notwendige Haltung des Armes wird nur durch seltene Umstände gegeben sein, woraus die abnorme Seltenheit der Schultergelenksluxation resultiert.

Blencke-Magdeburg.

56) **van Assen** (Amsterdam). Die interkarpale Luxationsfraktur. (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXV, S. 609.)

In dem von v. A. beschriebenen Falle handelte es sich um Luxation des Lunatum und eine Fraktur des Naviculare. Die Exstirpation des Lunatum und eines damit zusammenhängenden Bruchstückes des Naviculare ergab einen ziemlich guten Erfolg. Verf. empfiehlt operatives Vorgehen, da der Versuch unblutiger Reposition meist misslingt und das Vorhandensein des luxierten Knochens meist sehr erhebliche Störungen der Funktion hinterlässt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

57) **Haughton.** Fracture of head of humerus. (Brit. med. journ. Febr. 11. 1910.)

H. demonstriert einen Fall von schiefer Fraktur durch die Tuberositas und chirurgischen Hals des Humerus, mit chirurgischer Behandlung (Platten mit Schrauben) geheilt. Nach erfolglos konservativen Adaptionsversuchen vorderer Schnitt und zwei Platten angeschraubt, nach 5 Tagen erste Bewegungsversuche.

Mosenthal-Berlin.

58) **Williams** u. **Martin.** Fracture of the great tuberositas of the humerus. (Brit. med. Journ. Jan. 8. 1910.)

Beschreibung zweier Fälle mit obiger Verletzung, die beim ersten Falle mit Luxation der Schulter einherging und erst später diagnostiziert wurde. **Mosenthal**-Berlin.

59) **Ball** u. **Stokes.** Paralysis of the brachial plexus. (Brit med. journ. 5. March. 1910.)

B. und St. stellen Fälle von Brachial-Plexuslähmung vor, die mit vollständiger Paralyse der Armmuskeln endeten. Moorhead berichtet über 3 gleiche Fälle, Nervenanastomose hält er nur für indiziert, wenn geringe Reaktion auf galvanischen Strom vorhanden ist. Haughton hat bei frischen Verletzungen mit der Nervennaht befriedigende Resultate erzielt, während bei Operation von 5 Monaten nach der Verletzung an positive Resultate ausblieben. Er hat den Versuch gemacht, von einem frisch getöteten Schaf ein Stück Ischiatikus beim Menschen einzusetzen, jedoch ohne Erfolg.

Mosenthal-Berlin.

60) **Lett.** Cyst of Humerus. (Brit. med. journ. 1910. 5. III.)

13jähr. Junge, nach Fraktur des Humerus entstand eine dicke Geschwulst an der Frakturstelle, die zuerst als endostales Sarkom diagnostiziert wurde, bei der Operation aber als Zyste erkannt wurde.



61) **Vercelli.** Intervento operativo per lussazione traumatica del gomito con frattura dell'epitroclea. (Gazz. degli osped. e delle clin. 1910, 13 mar.)

Bei den Luxationen des Ellenbogens mit Fraktur der Epitrochlea muss der Chirurg zuerst die Luxation versorgen und sie mit den gewöhnlichen Mitteln zu reponieren versuchen. Zwei sind die zu fürchtenden unmittelbaren Komplikationen: die Reproduktion der Luxation und die Zwischenlagerung des Fragmentes zwischen die Gelenkköpfe. Da es unmöglich ist, erfolgreich auf den kleinen Epitrochlearknoten zu wirken, kann er durch unblutige Manöver nicht reponiert und an seinem Platz erhalten werden. Offensichtlich ist, dass er entfernt werden muss, wenn er ein Hindernis für die Bewegungen des Ellenbogens bildet; dies ist auch ratsam, wenn er sich bei der Gelenkzwischenlinie oder vor dem Gelenk befindet.

Buccheri-Palermo.

62) **H. Reiner** (Berlin). Ueber die funktionellen Resultate der Resektion des Ellbogengelenks mit Interposition eines Muskellappens nach Helferich. (D. Zeitschr. f. Chir. 104. Bd. 3.—4. H. p. 209.)

Die an der Bierschen Klinik in Berlin mit der Resektion des Ellbogengelenkes nach Helferich erzielten Erfolge sind auffallend gute. Von 23 Fällen, von denen Verf. die Krankengeschichten bringt, haben 21 ein befriedigendes funktionelles Resultat ergeben. 19 haben völlig gebrauchsfähige Gelenke und nur zweimal trat völlige Versteifung und einmal Schlottergelenkbildung ein. Besonders auffallend sind die guten Resultate bei der Tuberkulose des Ellbogens, obgleich es sich, wie Verf. ausdrücklich bemerkt, immer um Fälle von ausgedehnter Tuberkulose gehandelt hat.

Baisch-Heidelberg.

63) **Nürnberg.** Ueber Schnittführung bei der Resektion des Ellenbogengelenks. Diss. Leipzig 1910.

Verf. hebt in der vorliegenden Arbeit die Gesichtspunkte hervor, welche für die angegebenen Verbesserungen der Ellenbogengelenkresektionsmethoden massgebend gewesen sind und beschreibt einige der publizierten Methoden, deren Zahl schon jetzt über 40 beträgt, um klar zu machen, in welcher Weise man versucht hat diese Abänderungen auszuführen.

Blencke-Magdeburg.

64) **Padula.** Frattura del 3° superiore dell'ulna. (Studium 1910. Nr. 1.)

In zwei Fällen hat Verf. die Folgen einer Fraktur des oberen



Drittels der Ulna, kompliziert im 1. mit Luxation des Radiusköpfchens nach vorn, im anderen mit Luxation dieses Köpfchens und Fraktur des Halses dieses Knochens beobachtet. Die Läsion war in beiden Fällen nicht von den behandelnden Chirurgen diagnostiziert worden, vielmehr war die Diagnose auf einfache Kontusion des Ellenbogens und des Vorderarmes gestellt worden. Da diese spezielle Form von Verletzung leicht zu Irrtümern Anlass geben kann, so studiert Padula die Läsion, um ihren Mechanismus, die möglichen Folgeerscheinungen und die Behandlung aufzuklären, die sich rationell aus den Kenntnissen der chirurgischen Anatomie zu ergeben hat, sei es, dass primär eingegriffen wird oder dass der Pat. sich erst spät an den Chirurgen wendet.

Buccheri-Palermo.

65) **Tyson.** Ossification in the brachialis anticus (internus) following injury to the elbow. (Brit. med. journ. 16. April 1910.)

Nach einem ersten Unfall wurde auch mit X-Strahlen keine Verletzung der Knochen am Ellbogen nachgewiesen, nach 4 Monaten fühlte Patient, der inzwischen wieder gearbeitet hatte, einen Knoten an der inneren Ellbogenfläche, kurz nach einem 2. Unfall stellte man durch das Röntgenogramm eine knöcherne Spange im brachialis internus fest, die exzidiert wurde und an einem Ende in Muskel, am andern in fibröse Massen auslief. Nach der Operation fand keine aktive Knochenformation statt. Pat. ist geheilt. T. gibt als Entstehungsursachen Versprengungen von knochenbildenden Elementen beim Unfall oder bei forzierten Reduktionsmanövern an. Die Verknöcherungen entwickeln sich nicht in, sondern unter der Sehne und haben nichts mit Myositis ossificans zu tun.

Mosenthal-Berlin.

66) **Petit.** Le retour de manivelle chez les chauffeurs d'automobile. (Ueber Verletzungen durch Rückschlag der Kurbel bei Automobilfahrern.) (Annales de chirurgie et d'orthopédie 23. Bd. S. 102.)

Unter 64 von P. mittels Röntgenstrahlen untersuchten Fällen zeigten 25 keinerlei Skelettverletzungen, bei 2 waren Brüche der Mittelhandknochen und bei 6 ein Bruch beider Vorderarmknochen zustande gekommen. Nur ein einziges Mal war eine Verletzung des Navikulare nachzuweisen. Die übrigen Fälle waren Frakturen des Radius, die aber zum guten Teil abnormen Verlauf zeigten. Die typische Bajonettstellung war nicht vorhanden, charakteristisch war der Druckschmerz an der Bruchstelle und die Sugillation, die



sich etwas später auf der Palmarseite zeigte. Die Heilung erfolgte im allgemeinen ohne wesentliche Behinderung.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

67) **Er. Ebstein.** Zur Aetiologie der Brachydaktylie. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 21. Bd. 3. H. p. 531.)

Aus der Leipziger med. Klinik berichtet Verf. über 2 Fälle von Brachydaktylie. Einmal waren die Mittelphalangen des 2.—5. Fingers der linken Hand auf $^{1}/_{3}$ der normalen Länge verkürzt und im 2. Fall der Metakarpus des 4. Fingers der rechten Hand auf etwa die Hälfte. Beide hatten dieses Leiden von Geburt — wegen beginnender Phthise waren beide Pat. in die Klinik aufgenommen worden. Im 2. Fall war Heredität der Fingerdeformität nachweisbar. Sonst kann Verf. über die Aetiologie nichts aussagen, nur scheint ihm Kümmells Theorie von der Entstehung durch Raumbeengung in utero für diese Fälle nicht passend.

Balsch-Heidelberg.

68) **Lockhart Mummery.** Congenital Absence of femur. (Brit. med. Journ. 1910. v. 5. III.)

2jähr. Kind mit kongenitalem Femurdefekt, der Unterschenkel normal, nach aussen rotiert, die Diaphyse des Femurs links fehlte, die untere Epiphyse schien vorhanden zu sein, an ihrer Stelle fand sich eine schmale Knorpelinsel. (Röntgenbefund.)

69) **Müller.** Ueber Luxatio centralis femoris. Diss. Breslau 1910.

Verf. geht zunächst mit kurzen Worten auf die Krankengeschichten der in der Literatur bisher veröffentlichten Fälle von Lux. femoris centralis ein, von denen er 45 zusammenstellen konnte, denen er dann noch vier in der chirurgischen Klinik zu Breslau beobachtete Fälle anreiht. An der Hand aller dieser Fälle geht er dann des näheren auf die Entstehung und Behandlung dieser Luxationen ein, desgleichen auch auf ihre pathologische Anatomie. Bezüglich der veralteten Fälle empfiehlt er unter Umständen, wenn sie nicht allzu alt sind, eine etwas gewaltsame Reposition in Narkose. In den völlig veralteten Fällen, wo der Femurkopf fest fixiert ist, wird man ihn an seiner fehlerhaften Stelle stehen lassen, nur vielleicht bei sehr schlechter Funktion beim Gehen durch erhöhte Sohle gegen Verkürzung oder auch durch Schienenhülsenapparate eine gewisse Besserung beim Gehen zu erzielen suchen. Oefters wird aber trotz völliger Fixation des Kopfes und Verkürzung und Flexionsstellung des Beines durch Uebung mit der Zeit die Fähigkeit zu gehen eine



ganz gute, wenn auch hinkend, trotz ganz mangelhafter oder ohne jede Behandlung, wie zwei vom Verf. angeführte Fälle beweisen.

Blencke-Magdeburg.

70) **Brandes.** Zur Therapie spontaner Hüftgelenksluxationen im Gefolge akuter Erkrankungen. (D. Zeitschr. f. Chir. 105. Bd. 1.—2. H. S. 80.)

Mitteilung eines Falles von Spontanluxation der rechten Hüfte bei Pyämie infolge Osteomyelitis der linken Hüfte. Nach länger als 3 Monate bestehender Luxation gelang die unblutige Reposition mit gutem funktionellem Resultat. Das Röntgenbild, das keine Deformierung an Kopf und Pfanne zeigt, macht eine Distensionsluxation wahrscheinlich, entstanden durch die Erschlaffung der der Kapsel und Bänder infolge eines Gelenkergusses. Derartige Spontanluxationen treten am häufigsten im Hüftgelenk auf, und zwar meistens bei Typhus, nächstdem bei akutem Gelenkrheumatismus, Scharlach und Variola.

Verf. bespricht sodann einige Fälle aus der Literatur vom Jahre 1853 an hinsichtlich ihrer Therapie: manuelle unblutige Reposition führte meist unter monatelanger Anwendung von Extensionsapparaten und grosser Kraftentfaltung zum Ziel. Oft musste man jedoch zu blutiger Reposition oder Resektion schreiten. Dies zeigt die sehr zweifelhafte Prognose der Spontanluxationen. Verf. rät, bei Spontanluxation die üblichen Repositionsmanöver wie bei der kongenitalen Luxation anzuwenden und die Einrenkung über den hinteren Pfannenrand zu bewerkstelligen. Zur Verhütung der Spontanluxation muss man durch Punktion das meist seröse Exsudat aus dem Gelenk entfernen, um dadurch die Dehnung der Bänder und Kapsel zu verhindern und den Entzündungsprozess früher zum Stillstand zu bringen. Die prophylaktischen Punktionen sind eventuell öfter zu wiederholen.

Zander-Heidelberg.

71) **Weber** (München). Ueber das Vorkommen der Coxa valga bei der angeborenen Hüftverrenkung. (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXV, S. 138.)

Zur Fesstellung einer Coxa valga verlangt Verf. Röntgenaufnahmen in Innenrotation der Beine, da bei Aussenrotation oder Mittelstellung die Anteversion des oberen Femurendes eine Steilerstellung des Schenkelhalses vortäuschen kann. Unter 65 Fällen von Lux. cox. cong., die unter diesen Cautelen aufgenommen waren, fanden sich nur 4,6 % von Coxa valga.



W. glaubt deshalb auch einen ätiologischen Zusammenhang der Hüftluxation mit der Steilheit des Schenkelhalses verneinen zu müssen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

72) **Pürckhauer** (München). Ueber Coxa vara als Folgeerscheinung der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation. (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXV, S. 112.)

Während die Coxa vara als Begleiterscheinung vor der Reposition der angeborenen Hüftverrenkung sehr selten ist, findet sie sich häufiger während der Behandlungszeit und ziemlich oft noch Jahre lang nach Abschluss der Behandlung. P. fand während der Behandlung in 10,98 % der Fälle eine Coxa vara, die er zum Teil auf Lösung der Kopfepiphyse, teils auf Verbiegung durch Muskelzug infolge einer Knochenatrophie vielleicht reflektorischen Ursprungs zurückführt.

Bei bereits reponierten Luxationen fanden sich in 47,5 % leichtere oder schwerere Formen von Coxa vara. Die Ursache dieser Erscheinung ist nicht sicher zu deuten. Es besteht jedenfalls eine stärkere Knochenatrophie, die zeitlich mit einer Periode stärkeren Knochenwachstums zusammentrifft. Infolge dieser Knochenatrophie kommt es auch leicht zu Unregelmässigkeiten der Femurköpfe, die von den Höckern der Pfanne zurechtgeschliffen werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

73) **Bibergeil** (Berlin). Gibt es eine Osteoarthritis deformans coxae juvenilis idiopathica? (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXV, S. 184.)

Auf Grund eigener Beobachtung speziell nach dem Röntgenbilde glaubt B. die Frage nach dem Vorkommen einer Osteoarthritis deformans juvenilis bejahen zu können. Ob dagegen alle bisher in der sehr geringen Literatur berichteten Fälle tatsächlich dieser Erkrankung zuzurechnen sind, erscheint fraglich. Aetiologisch ist die Erkrankung noch ziemlich dunkel. Therapeutisch kommt zur Behebung der Schmerzen und Besserung der Kontraktur Extensionsverband oder Gipsverband in Frage, in schwereren Fällen die Osteotomie des Femur oder die Resektion des Oberschenkelkopfes.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

74) **Palagi.** Sul valore della resezione coxo-femorale. (Arch. di ortop. anno XXVI, Nr. 4—5.)

P. bespricht den Wert dieser Resektion bei den tuberkulösen Formen, den Osteomyelitiden und eitrigen Arthritiden nach Infek-



tionskrankheiten, den chronisch deformierenden Affektionen, den Tumoren, den angeborenen und veralteten traumatischen Luxationen, den Ausgängen von Frakturen, den Ankylosen beliebigen Ursprungs, den Schlottergelenken. Ganz besonders verweilt Verf. bei den Resektionen bei tuberkulösen Formen.

Buccheri-Palermo.

75) **I. B. Berlucchi.** Considerazioni sopra due casi di femore varo. (Arch. di ortop. anno XXVI, Nr. 4—5.)

Es handelt sich um eine Krümmung, die in einem gewissen Alter bei ganz gesund scheinenden Individuen auftrat und allmählich zunahm. Es folgte Entwicklungshemmung der Länge der ganzen Extremität, leichte Schmerzen traten auf und die Röntgenographie zeigte in der unteren iuxtaepiphysären Gegend des Femur selbst eine umschriebene Rarefaktionszone.

Da dem Verf. die kongenitale Natur der Läsion wenig wahrscheinlich scheint und er glaubt, Rachitis, Osteomalazie, Syphilis, Paget'sche Krankheit ausschliessen zu können, hält er den Gedanken an eine neue Krankheitsform mit speziellen Charakteren für naheliegend.

Buccheri-Palermo.

76) **Wheeler.** Operation for fractured femur in a Child. (Brit. med. journ. Febr. 11. 1910.)

Wh. zeigt ein Kind (4jähr.) mit schiefer Fraktur des Femurs, bei dem er nach erfolgloser konservativer Behandlung genötigt war, operativ vorzugehen, nach schwieriger Adaption, Fixation mit Platten, Schrauben und Drähten gutes Endresultat. Er wendet bei Kindern mit Frakturen nur die ersten paar Tage Schienen an, belastet aber, nachdem die Schiene nach einigen Tagen entfernt und mit Massage und aktiven Bewegungen begonnen ist, erst 6—8 Wochen später.

Mosenthal-Berlin.

77) **Mesus.** Erfahrungen über die Amputatio femoris nach Gritti. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 4.—6. H. p. 470.)

Die Arbeit bringt den Bericht über 36 Fälle Gritti'scher Femuramputation aus der chirurg. Abteilung der städtischen Krankenanstalten in Königsberg, darunter war in 13 Fällen arteriosklerotische und in 2 diabetische Gangrän Indikation zur Operation. Die Erfolge sind im ganzen recht gute und decken sich mit denen anderer Kliniken und Krankenanstalten. Todesfälle, die der Operation zur Last fielen, wurden nicht beobachtet, die Heilung war in den Fällen, in denen sie erstrebt wurde, meist auch eine primäre, namentlich bei



der Gangrän fiel die gute Ernährung des Vorderlappens, dadurch dass Haut und Weichteile in Verbindung blieben, ins Gewicht. Die Stumpfverhältnisse waren in den meisten nachuntersuchten Fällen gute, in keinem war die Patella vom Femur abgeglitten, wenn auch teilweise etwas verschoben. Verf. empfiehlt daher die Gritti'sche Amputation vor der Exarticulatio genu oder der Carden'schen Operation in allen Fällen von arteriosklerot. Gangrän, wenn in der Höhe des Knies abgesetzt werden muss. Auch bei Absetzung in Kniehöhe aus anderen Indikationen ist die Gritti'sche Operation zu bevorzugen, wenn Arteriosklerose besteht. **Balsch**-Heidelberg.

78) **F. Mannino.** Due casi di frattura esposta della rotula trattati mediante la sutura ossea ed il cerchiaggio. (Gazz. intern. di med. 1910 Nr. 3.)

Verf. berichtet über zwei klinische Fälle und kommt zu dem Schluss:

Die subkutanen Querfrakturen der Kniescheibe, bei denen der Bandapparat intakt oder beinahe intakt geblieben ist, infolgedessen die Diastase eine ganz geringe ist, müssen mit Massage und früher Mobilisation behandelt werden, da meistens durch diese Behandlung ein befriedigendes anatomisches und funktionelles Resultat erzielt wird.

Die subkutanen Quer- oder Splitterfrakturen mit ausgedehnter Zerreissung der Flügelchen, bei denen die Diastase der Fragmente eine bedeutende ist, und die offenen Frakturen müssen, ausser in besonderen Verhältnissen, welche den Operationsakt kontraindizieren, mit der Knochennaht oder Umreifung behandelt werden, auf die in kurzem Abstand die Massage und frühe Mobilisation folgt.

Als Nahtmaterial eignet sich vorzüglich ein kräftiger Silberdraht.

Buccheri-Palermo.

79) **E. W. Baum.** Zur Technik der Nachbehandlung der Patellarnaht. (D. Zeitschr. f. Chir. 104. Bd. 3.—4. H. p. 375.)

Angeregt durch die Veröffentlichung Kausch's über seine Methode der Behandlung von Patellarfrakturen (Centralbl. f. Chir. 1907 Nr. 19) wurden auch an der Kieler Klinik die Patellarfrakturen in ähnlicher Weise behandelt. Sofort nach der Naht wurde das Kniegelenk in Beugestellung von 45° (= Gelenkwinkel 135°) gebracht. In dieser Stellung wurde 5—6 Tage auf Schiene fixiert, von da ab Beginn mit Massage und passiver Streckung. Aktive Streckversuche wurden erst am 14. Tag vorgenommen. Dem viel rascheren Vorgehen Kausch's — Beugung sofort bis 90° und Massage am

Tage der Operation, passive und aktive Bewegung am 3.—4. Tag — konnte man sich also in der Kieler Klinik nicht ganz anschliessen. Durch diese Behandlungsart wurde die Dauer gegenüber der früheren um durchschnittlich 17 Tage abgekürzt, zugleich war das Resultat bei der Entlassung ein besseres als bei den früheren. Eine gute Drahtnaht des Knochens ist allerdings Vorbedingung für einen sicheren Halt bei dieser frühzeitigen funktionellen Inanspruchnahme.

Baisch-Heidelberg.

80) **Todaro** (Firenze). Ossificazione traumatica dell'aletta interna della rotula. (Ramazzini, anno IV, fasc. 1—2.)

T. beschreibt einen Fall von traumatischer Verknöcherung inmitten des inneren Flügelchens der Kniescheibe, der vielleicht ein Unikum ist und einiges Interesse bietet. **Buccheri**-Palermo.

81) **O. J. Lauper.** Konservative Kniegelenkseröffnung. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 24. S. 821 ff.)

Während für die typische Kniegelenksresektion eine Anzahl vorzüglicher Methoden existieren, vermisst Verf. für konservative Kniegelenkseröffnung eine Methode, die einerseits eine gute Uebersicht über das eröffnete Gelenk geben, andererseits aber die Bänder und ansetzenden Muskeln schonen soll. Eine Anzahl konservativer Methoden, u. a. von Langenbeck, Riedinger, Hüter und Kaiser genügt nicht zu operativen Eingriffen an den Femurkondylen. Für solche, sowie für Exstirpation von Fremdkörpern, Gelenkmäusen, innerem Meniskus empfiehlt L. „die konservative Arthrotomie mit innerem Schrägschnitt, alleiniger Kapseleröffnung und Periostablösung über dem Condyl. int. femoris und temporärer Luxation der Patella nach aussen.“ Die Methode hat L. auch an mehreren Leichenversuchen erprobt. Genaue Beschreibung einer solchen, an einem 23jährigen Mann ausgeführten Operation mit gutem Erfolg. **Natzler**-Heidelberg.

82) **F. Kroiss.** Die Verletzungen der Kniegelenkszwischenknorpel und ihrer Verbindungen. (Bruns Btrg. z. kl. Chir. 66. Bd. 3. H.)

In einer sehr ausführlichen Arbeit gibt Verf. eine gewissermassen monographische Darstellung des Krankheitsbildes der Meniskusverletzungen, das früher z. T. auch unter der Bezeichnung Luxation der Semilunarknorpel bekannt war, im Grund aber eine traumatische Zerreissung der Substanz oder der Verbindungen des Meniscus mit seiner Umgebung darstellt. Verf. gibt nacheinander eine ausführliche



Schilderung der normalen und der patholog. Anatomie der Menisci, der Aetiologie und des Mechanismus, der Symptome, der Behandlung und der Resultate. Verf. stützt sich hierbei auf 32 Fälle der Innsbrucker chirurg. Klinik und auf 214 aus der Literatur gesammelte Fälle. — Der mediale Meniskus ist der bei weitem am häufigsten Befallene (2:1) ebenso sind die Verletzungen der vorderen Hälfte der Menisci häufiger als die der hinteren, sie bestehen in einer Verletzung der Menisci selbst (Längs- und Querrisse) oder ihrer Verbindung mit der Umgebung. Die Fälle sog. „abnormer Beweglichkeit" der Menisci stellen sich dar als Endstadien kleiner, wiederverheilter Abreissungen, oder von Entzündungen, Blutungen in der Umgebung der Menisci.

Für den Mechanismus der Verletzungen kommen nach neueren Forschungen verschiedene Ursachen in Betracht. Selten sind es direkte Ursachen (Knieen auf eine Kante), meist sind es indirekte und darunter am häufigsten Rotationsverletzungen bei gebeugtem Knie, ferner kommen noch Hyperextensions- und indirekte Stosswirkungen (Fall auf Füsse bei gestreckten Beinen) in Betracht. Symptome und Diagnose sind wohl allgemein bekannt, besonders erwähnen möchte ich nur, dass dem Röntgenbild nach Verf. nur in soweit Bedeutung zukommt, als dadurch andere Verletzungen ausgeschlossen werden können. — Die früher allgemein angenommenen glänzenden Erfolge der totalen Exstirpation des verletzten Meniskus haben sich nach neueren Untersuchungen nicht bewährt, es bleiben doch in einem Teil der Fälle Beschwerden zurück, dennoch ist auch ein völliges Aufgeben der Exstirpation zu gunsten der Fixation nicht angebracht. Nach den Erfahrungen der Innsbrucker Klinik bleibt dennoch die Exstirpation für die meisten Fälle das Normalverfahren, wo es nicht zur Heilung führt, ist wohl die Meniskusverletzung nicht der einzige Schaden gewesen, der das Gelenk betroffen hat. Die Naht ist auf solche Fälle zu beschränken, wo nur teilweise Abreissungen von der Kapsel ohne Veränderung am Meniskus selbst stattfanden.

Baisch-Heildelbeg.

83) **Kenelm H. Digby.** Displacements of the semilunar cartilages. (Lancet 15. Jan. 1910.)

Genaue Beschreibung der Anatomie und Physiologie der Zwischenknorpel und Bänder des Kniegelenks, mit ausführlicher Angabe sämtlicher Ursachen, die eine Verrenkung derselben herbeiführen können. Die Verrenkung entsteht höchst selten durch direkte Gewalt, meistens durch Gewalteinwirkungen, Zug oder Drehung des



Oberkörpers bei fixiertem Fuss oder plötzliche Drehung des Unterschenkels. Die Auswärtsrotation des Unterschenkels erzeugt eine grössere Kraft, wie die Innenrotation, die gewöhnliche Auswärtsstellung der Füsse begünstigt ebenfalls die Verrenkungen nach auswärts, daher die viel häufigere Distorsion nach auswärts im Kniegelenk.

Da das Knie bei Zustandekommen dieser Verletzungen meist etwas gebeugt ist, so fällt die Wirkung der Tibia-femoral-Bänder, die die Auswärtsrotation der Tibia verhindern könnten, fort. Die Hauptzugkraft wird also dadurch auf das vordere Ende des internen und das hintere Ende des äusseren Semilunarknorpels ausgeübt; dementsprechend ist diese Art der Verletzung die häufigste. Therapie: konservativ mit vollkommener Ausschliessung der seitlichen und rotierenden Bewegungen im Knie, nach Reposition der Knorpel.

Mosenthal-Berlin.

84) **P. Calcagni.** Risultati immediati e tardivi della resezione del ginocchio nell'adolescenza per lesioni tubercolari. (Gazz. intern. di scienze med. 1910, fasc. 2.)

Verf. schliesst:

1. Die Tatsache, dass ich keinen Todesfall gehabt habe, entzieht dem aus rein wissenschaftlichen Erwägungen sich ableitenden Glauben, dass der operative Eingriff durch Eröffnung neuer Bahnen das, was lokalisiert war, verallgemeinere und demnach die Meningitis bedinge, den Boden.

2. Die chirurgische Tuberkulose des Knies heilt vollkommen durch die Resektion auch in vorgerückten Fällen, in denen man a priori zur Amputation geneigt war.

3. Das resezierte Glied wächst und es ist demnach nicht wahr, dass bei den Adoleszenten unausbleiblich eine progressive Verkürzung desselben eintreten müsse, sofern nur nicht der ganze Konjugationsknorpel entfernt wird.

4. Die auf die Resektion folgenden Deformitäten der Extremität sind nicht dem Operationsakt, sondern der Nachlässigkeit der Patienten zuzuschreiben, welche den Schutzapparat nicht, möglichst auch nachts, während der ganzen Wachstumsperiode tragen.

5. Bei diesen konsekutiven Deformitäten facht ein neuer operativer Eingriff zu ihrer Korrektion (keilförmige Osteotomie längere Zeit nach Heilung des spezifischen Prozesses) den tuberkulösen Prozess nicht wieder an und um so weniger gibt er Meningitis.

Buccheri-Palermo.



85) **Milne** (Aberdeen). Rupture of both quadriceps-extensor cruris tendons. (Brit. med. Journ. Jan. 22. 1910.)

M. beschreibt im Anschluss an den Nov. 09 von Chichester berichteten Fall von doppelseitiger Quadricepsruptur einen gleichen Fall, bei dem die Ruptur des rechten Quadriceps erst eintrat, nachdem Patient mit dem rechts bereits rupturierten Muskel aufzutreten versuchte. **Mosenthal**-Berlin.

86) **Mc. Nabb Deal.** Fracture of tibia and fibula by direct violence. (Brit. med. journ. Febr. 19. 1910.)

Diagonale Fraktur der unteren Fibula und Tibia, die erst bei der zweiten seitlichen Röntgenaufnahme diagnostiziert wurde, entstanden durch direkte Gewalt, Aufspringen beim Turnen.

Mosenthal-Berlin.

87) **H. Meerwein.** Die Fraktur des Condylus externus tibiae. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 4.—6. H. p. 522.)

Verf. bringt 4 Fälle von Fraktur des äusseren Tibiakondyls, die im Laufe von 6 Monaten in Prof. Haeglers Privatklinik in Basel beobachtet wurden, und einen Fall von Prof. Wilms (Basel). Drei davon waren primär nicht erkannt worden. Die indirekte Frakt. des Condylus extern. tibiae stellt sich als eine typische Verletzung bei bestehendem Genu valgum dar, sonst ist die Frakt. des inneren Condylus häufiger. Die Symptome sind die einer starken Distorsio genu ev. mit Seitenbandzerreissung, diagnostisch ist daher auf den isolierten Druckschmerz eines Tibiakondyls besonderer Wert zu legen, womöglich ist jedoch eine Röntgenaufnahme zu machen. Die Heilung ist in frischen Fällen, wenn durch Ruhigstellung eine Verschiebung verhindert wird, meist gut, doch ist die Prognose quoad restitutionem completam nicht durchaus günstig (Beteiligung des Gelenkes, spätere Arthritis deformans etc.). Bei starker Verschiebung des Fragmentes ist eine Annagelung — 5. Fall des Verfs. — zu empfehlen. **Baisch**-Heidelberg.

88) **Weichert.** Zur Kasuistik der traumatischen Luxationen des Talokruralgelenkes. (Diss. Leipzig. 1910.)

W. berichtet über 13 Fälle von Fussverrenkungen aus der chirurg. Klinik zu Leipzig, die mit Malleolarfrakturen verbunden waren. Er ist der Ansicht, dass das Vorkommen der Luxationen des Fusses im oberen Sprunggelenk in sagittaler Richtung wohl nur in sehr seltenen Fällen ohne begleitenden Knöchelbruch möglich ist, während er es bei den Verrenkungen nach der Seite, die ja immer geringgradig sind, für ausgeschlossen hält. Die gewöhnlichen traumatischen Ursachen der



Fussluxationen, falls es sich nicht um schwere komplizierte Verletzungen durch Maschinengewalt etc. handelt, haben seiner Meinung nach keinerlei Einfluss darauf, ob die Luxationen rein oder mit einem Knöchelbruch kompliziert sind. Es gelten wohl für die Aetiologie bestimmte Gesetze, nicht aber für die Ausdehnung der Verletzung, bei der eher individuelle Momente eine Rolle spielen dürften.

Blencke-Magdeburg.

89) **Taddei.** Contributo alle fratture duplici dell'astragalo. (Arch. di ortop. 1910. Fasc. 1.)

Aus dem klinischen Fall, den Verf. mitteilt, kommt er zu den Schlüssen:

1. Dass von den Frakturen des Astragalus die Varietät mit Dislozierung von Gelenkflächen betreffenden Knochenfragmenten die seltenere ist.

2. Die Ursache ist stets in einem indirekten Trauma zu suchen.

3. Der pathogenetische Mechanismus einiger Doppelfrakturen, die erfolgten, während der Fuss sich in Flexion befand, ist ein zweifacher: zunächst ist unter der Einwirkung einer ersten Druckgewalt die von dem Astragalus in toto verrichtete Hebelfunktion in Betracht zu ziehen; im 2. Zeitabschnitt treten während der Applikation einer neuen traumatisierenden Gewalt sowohl die schneidende Wirkung des Vorderrandes des Tibia-Fibulamörsers wie die Wirkung eines zweiten durch das in situ verbliebene vordere Astragalusfragment gebildeten Hebels ins Spiel.

4. Die Prognose ist bei den nicht operativ behandelten Fällen stets eine der ernstesten, sowohl in Bezug auf das Funktionsvermögen, wie in Bezug auf die Orthomorphie des Gliedes. Der operative Eingriff soll daher bald erfolgen und entschieden wirksam sein.

5. Die totale (in seltenen Fällen partielle) Astragalektomie wird die Behandlung der Wahl sein.

Buccheri-Palermo.

90) **Irattin.** Sulla patogenesi del piede varo equino congenito. (Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 1910. Nr. 28.)

Verf. meint, dass die Pathogenese dieser Deformitäten in den von Dareste geschilderten Umständen zu suchen sei, nämlich in Kompressionen seitens des Amnion oder des Nabelstranges. Die Exzessdeformitäten, die zuweilen mit einer Entwicklungshemmung einhergehen, weisen auf eine Art von Kompensation hin, gewissermassen als Beweis dafür, dass für die vollkommene Evolution des Fötus eine harmonische Entwicklung sämtlicher Teile des Embryos in ihren wechselseitigen Beziehungen notwendig ist.

Buccheri-Palermo.



Inhalt: Bücherbesprechungen: Oldevig, Ein neues Gerät und neue Uebungen der schwedischen Heilgymnastik zur Behandlung von Rückgrats-Verkrümmungen. — **Fürstenau,** Leitfaden der Röntgenphysik.

Referate: 1) **Lauxen,** Einwirkung des Phosphors auf Knochen- und Blutbildung. — 2) **Ugo Soli,** Influenza del timo sullo sviluppo scheletrico. 3) **Riedinger,** Folgen vom Verlust beider Hoden. — 4) **Morpurgo,** Questioni controverse della pathologia delle ossa. — 5) **Matsuoka,** Pagetsche Knochenkrankheit. — 6) **Hann,** Osteitis deformans. — 7) **Friedrich,** Knochensyphilis. — 8) **Bergmann,** Traumatische Entstehung der Fettembolie. — 9) **Schmid,** Fettembolie nach Frakturen. — 10) **Schanz,** Rachitische Deformitäten. — 11) **Reich,** Amputation im Kindesalter. — 12) **Gaetano,** Entfernung des Periosts. — 13) **Codivilla,** Pseudo-Arthrose. — 14) **Jaekel,** Pirquetsche Tuberkulinreaktion. — 15) **Vignard,** Injektionen im tuberkulösen Prozess. — 16) **Matsuoka,** Wismutvergiftung nach Injektion. — 17) **Brandenberg,** Polyarthritis chronica. — 18) **Niehans,** Isolierte Muskelathrophie. — 19) **Mayesima,** Polymyositis. — 20) **Ewald,** Myositis ossificans traumatica. — 21) **Krause** und **Meinicke,** Akute epidemische Kinderlähmung. — 22) **Bergmann,** Sehnenganglien. — 23) **Bonhoff,** Heine-Medinsche Krankheit. — 24) **Meinicke,** Akute epidemische Kinderlähmung. — 25) **Gowers,** Poliomyelitis — 26) **Kisack,** Juvenile Muskeldystrophie. — 27) **v. Kügelgen,** Progressive Muskelathrophie. — 28) **Strakosch,** Friedreich'sche Ataxie. — 29) **Kayser,** Postdiphtherische Lähmungen. — 30) **Verga,** Chirurgie der peripheren Nerven. — 31) **Eichhorn,** Nervennähte. — 32) **Stoffel,** Nerventransplantation. — 33) **Grunwald,** Schwere Lähmungen. — 34) **Herz,** Kontrakturstellung bei spastischen Lähmungen. — 35) **Tsuruya Okoda,** Händedesinfektion. — 36) **Gabbert** und **Milward,** Rückenmarksanästhesie. — 37) **Erggelet,** Lumbalanästhesie. — 38) **Schall,** Technische Neuheiten. — 39) **Pullmann,** Messinstrument für Extremitäten. — 40) **Joachimsthal,** Wirbel- und Rippenanomalien. — 41) **Barile,** Spina bifida. — 42) **Spriggs,** Congenital thoracis deformity. — 43) **Läwen,** Thoraxdeformität. — 44) **Benedetti-Umbria,** Spondilosis rizomelica. — 45) **Romano,** Spondilosis rizomelica. — 46) **Lange,** Redressement des Pott'schen Buckels. — 47) **Chlumsky,** Habituelle (Schul-) Skoliose. — 48) **Wittkop,** Luxation des Atlas. — 49) **van der Minne,** Halsskoliosen. — 50) **Caminiti,** Osteomyelitis. — 51) **Tarsia in Curia,** Fraktur der beiden Schlüsselbeine. — 52) **Grunert,** Luxatio claviculae praesternalis. — 53) **Berliner,** Luxatio claviculae supraacromialis. — 54) **Hintermayer,** Luxatio claviculae supraspinata. — 55) **Luft,** Luxatio humeri congenita. — 56) **van Assen,** Interkarpale Luxationsfraktur. — 57) **Haughton,** Schiefe Fraktur durch Tuberositas. — 58) **Williams** und **Martin,** Fraktur der Tuberositas. — 59) **Ball** und **Stokes,** Brachial-Plexuslähmung. — 60) **Lett,** Cyste des Humerus. — 61) **Vercelli,** Fraktur der Epitrochlea. — 62) **Reiner,** Resektion des Ellenbogengelenks. — **Nürnberg,** Schnittführung bei Resektion des Ellbogengelenks. — 64) **Padula,** Fraktur der Ulna. — 65) **Tyson,** Ossification des Brachialis anticus. — 66) **Petit,** Verletzungen durch Rückschlag der Kurbel bei Automobilfahrern. — 67) **Ebstein,** Brachydaktylie. 68) **Lockhart Mummery,** Kongenitaler Femurdefekt. — 69) **Müller,** Luxatio centralis femoris. – 70) **Brandes,** Hüftgelenksluxationen. — 71) **Weber,** Coxa valga. — 72) **Pürkhauer,** Coxa vara. — 73) **Bibergeil,** Osteoarthritis deformans. 74) **Palagi,** Coxa-femorale Resektion. — 75) **Berlucchi,** Femor varum. — 76) **Wheeler,** Fraktur des Femur. — 77) **Mesus,** Amputatio femoris nach Gritti. — 78) **Mannino,** Querfrakturen der Kniescheibe. — 79) **Baum,** Nachbehandlung der Patellarnaht. — 80) **Todaro,** Traumatische Verknöcherung der Kniescheibe. — 81) **Lauper,** Kniegelenkseröffnung. — 82) **Kroiss,** Verletzungen des Kniegelenks. 83) **Kenelm H. Digby,** Zwischenknorpel und Bänder des Kniegelenks. — 84) **Calcagni,** Chirurgische Tuberkulose des Knies. — 85) **Milne,** Doppelseitige Quadricepsruptur. — 86) **Mc. Nabb Deal,** Fraktur der Fibula und Tibia. — 87) **Meerwein,** Fraktur des äusseren Tibiakondyls. — 88) **Weichert,** Luxationen des Talokruralgelenkes. — 89) **Taddei,** Frakturen des Astragalus. — 90) **Irattis,** Sulla patogenesi del piede varo equino congenito.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von **Prof. Dr. O. Vulpius** in Heidelberg.
Verlag von **S. Karger in Berlin** NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. November 1910. Heft 11.

1) **Cramer** (Köln). Zwei Fälle von Mikromelie. (Arch. für Orthop., Mechanother. und Unfallchirurgie 1910. Bd. VIII. 3.)

Der mikromele Zwergwuchs ist von dem echten, dem hypoplastischen, dem rachitischen und kretinen Zwergwuchs zu unterscheiden. Die Störungen sind hier schon im foetalen Leben vorhanden. Es gibt zwei Formen, die Chondrodystrophia foetalis und die Osteogenesis imperfecta. Das Wesen der Chondrodystrophie besteht in einer Unfähigkeit der Knorpelzellen, Reihen zu bilden und somit zum Längenwachstum der Knochen beizutragen. Man findet Unregelmässigkeit der Ossifikationsgrenzen, Bildung von Markräumen, lebhafte periostale Knochenbildung und Bindegewebslamellen, die sich zwischen Knorpel und Knochen in die Epiphysenfugen einschieben und zu Verbiegungen und Verkürzungen Veranlassung geben. Die Osteogenesis imperfecta (Osteopsathyrosis, Osteoporosis congenita usw.) ist durch die häufigen intrauterinen und postfoetalen Knochenbrüche ausgezeichnet. Es handelt sich um eine mangelhafte Bildung von Knochen und annähernd normales Verhalten der vorbereitenden Prozesse am Knorpel (Verminderung der enchondralen und periostalen Knochenbildung, mangelnde Funktion der endostalen und periostalen Osteoblasten bei normaler Bildung derselben). Die Heilung erfolgt häufig im Alter von zwanzig Jahren.

Krankengeschichte und Röntgenbilder je eines Falles von Chondrodystrophie und Osteogenesis imperfecta.

Röntgenbefund im ersten Fall (13jährig. Junge): unregelmässige Epiphysenlinien, Verknöcherungen, Diaphysen normal dick, an ihren



Enden aufgehellt. Epiphysen dick, aufgehellt, ohne oder mit ganz kleinem Knochenkern.

Beim II. 6 jährigen Jungen war auffallend die geringe Kortikaliszeichnung, geringe Dichtigkeit, keine Veränderungen an den Epiphysen. Spongiosazeichnung fehlt. Frakturen an Humerus, beiden Oberschenkeln und mehreren Rippen.

Therapie: bei Chondrodystrophie bis zum Ablauf des Knochenwachstums warten. Bei Osteopsathyrosis hat Cr. die Sehnen der Adduktoren und die Spinamuskeln durchschnitten und will die Femora durch Osteotomie gerade stellen und den Pat. nachher in leichten Hessingschienen laufen lassen.

Ewald-Hamburg.

2) **Stefano Mircoli.** Die menschliche Rachitis als Infektionskrankheit. (Münch. med. Woch. 1910. 21.)

M. hat aus Knochen von im 1. Stadium der Rachitis gestorbenen Kindern Mikroorganismen kultiviert und zwar Staphylococcus, Streptococcus, Kolibazillus.

Schluss: Rachitis ist Aeusserung einer Autoinfektion von der physiologischen Bakterienflora aus. Diese Infektion geht meistens vom Magendarmkanal aus.

Ewald-Hamburg.

3) **E. Merle** (Paris). La maladie osseuse de Paget. (Gazette des hôpitaux. 1910. 44 und 47.)

Die seltene Erkrankung, die sich meist an Tibia, Femur, Clavicula und Schädelknochen etabliert, scheint mit der Arteriosklerose in Zusammenhang zu stehen. Ganz allmählich werden unter Schmerzen die Extremitäten kürzer, der Kopf grösser, die Patienten nehmen eine Art Affenhaltung an. Die Knochen hypertrophieren und verbiegen sich, brechen auch spontan. Die Ostitis deformans ist ein progressives Leiden, das sich über viele Jahre fortsetzt. Von der Ostitis syphilitica ist die Pagetsche Krankheit schwer zu unterscheiden, nur das Röntgenbild ergibt neben Verdichtungen in der Substantia compacta Rarefikationen. Mit Osteomalazie, Rheumatismus hat das Leiden nichts zu tun. Intoxikation, Störung im Gefäss- oder Lymphdrüsensystem ist nicht bewiesen, nur wird häufig Arteriosklerose beobachtet. Erworbene oder kongenitale Syphilis wurde oft beschuldigt, ob mit Recht, ist nicht zu sagen. Die Behandlung kann den Prozess nicht beeinflussen.

Ewald-Hamburg.



4) **F. Scheidler.** Zur Periostitis albuminosa (Ollier). (Bruns Btrge. zur klin. Chir. 68. Bd. 2. H. p. 480.)

Die Periostitis albuminosa ist eine seltene, chronisch werdende Form der Osteomyelitis, charakterisiert durch eine vom Periost umschlossene Cyste mit seröser, fadenziehender Flüssigkeit mit hohem Eiweissgehalt. Bakteriologisch finden sich Strepto- oder Staphylokokken, doch kann der Cysteninhalt gelegentlich auch steril sein. Lokalisiert ist die Erkrankung meist an den langen Röhrenknochen, deren Epiphysen und indirekt in den Gelenken. Verfasser teilt 2 Fälle aus dem Luisenspital Dortmund mit. Einmal sass die Erkrankung am Oberschenkel und das zweite Mal am Oberarm mit Beteiligung des Schultergelenkes. Im 1. Fall wurde breit inzidiert, drainiert und mit $H_2 O_2$ Jodzidtinktur gespült, im 2. Falle nur aspiriert und Jodof. glyzerin injiziert. In geeigneten Fällen ist die Exzision der Cyste anzustreben. **Balsch**-Heidelberg.

5) **W. Röpke.** Die solitären Cysten der langen Röhrenknochen. (Arch. f. klin. Chir. 92. Bd. 1. H. p. 126.)

Während die älteren Autoren übereinstimmend mit Virchow die Knochenzysten als Einschmelzungsprodukte früherer solider Tumoren (Enchondrosen-Sarkom) auffassten, machen sich neuerdings mehr die Ansichten geltend, die die Cysten auf entzündliche Vorgänge im Knochen zurückführen. Auch Verf. hält, gestützt auf seinen histologisch und bakteriologisch genau untersuchten Fall, die Knochenzysten für die Folge einer entzündlichen Knochenerkrankung, die irgend einer äusseren Ursache, vielleicht einer milden Infektion, ihre Entstehung verdankt. Verfasser konnte in seinem Falle nichts von Geschwulstelementen nachweisen, vereinzelte Riesenzellen deutet er als Osteoklasten; bakteriologisch liessen sich aus einem Stückchen der Umwandung der Cyste vereinzelte Staphylokokkenkolonien züchten. **Balsch**-Heidelberg.

6) **Kienböck.** Das Ellbogengelenk bei chondraler Dysplasie des Skeletts mit multiplen Exostosen. (Fortschr. aus d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Band 15, Heft 2.)

In gewissen Fällen von chondraler Dysplasie des Skeletts mit multiplen Exostosen kommt die Luxation des Radiusköpfchens vor. Verf. beobachtete 2 Fälle. Im ersten kam es infolge Wachstumshemmung der Ulna zu Luxation des Radiusköpfchens und Verkrümmung des Schaftes. An der Ulna fehlte die distale Epiphyse und der angrenzende Teil der Diaphyse. Im zweiten Fall bestand



eine Verkürzung und Verkrümmung der Vorderarmknochen und Luxation des Radius. Hierher gehört ein Fall von Humphrey mit doppelseitiger Luxation des Radius, rechts mit Verdickung der Ulna und humero-ulnarer Synostose, links mit Verdickung der Ulna und Defekt ihres unteren Teils.

Die Supinationsbehinderung bei der Osteodysplasie kann ausser durch die Radiusluxation auch durch kartilaginäre Exostosen am oberen Ende der Radiusdiaphyse bedingt sein. Die lokale Verdickung des Knochens entsteht durch abnormes epiphysäres Wachstum. Hierfür 2 Beispiele. Einmal findet sich am oberen Radiusende an der Beugeseite eine stachelförmige Exostose, die sich in eine Vertiefung der Ulna einbohrt. Sonst nirgends Exostosen. Im 2. Fall besteht eine starke Verdickung des oberen Diaphysenendes des Radius. Derartige Wucherungen in der Ellbogengegend sind sehr selten, häufiger am proximalen Teil des Humerus und am distalen Teil der Vorderarmknochen. **Zander**-Heidelberg.

7) **Kienböck.** Ueber traumatische Epiphysenlösung und Wachstumshemmung. Differentialdiagnose gegen Einkeilungsfraktur. (Zentralblatt für Röntgenstrahlen, Radium und verwandte Gebiete. 1910. Heft 3, S. 81 ff.)

Kurze Besprechung der traumatischen Epiphysenlösung und ihrer Folgen, wobei die im allgemeinen seltenen Wachstumshemmungen nach derartigen Epiphysenlösungen hervorgehoben werden.

Im Anschluss daran ausführliche Mitteilung der Krankengeschichte etc. eines 14 jährigen Knaben, bei dem eine im 6. Lebensjahr erlittene traumatische Lösung der unteren Femurepiphyse starke Wachstumsstörungen (Verkürzung, genu valgum) hervorgerufen hatte. Es wurde zuerst, gerade unter Verwendung der Röntgenbilder, eine Infraktion des Femur, bezw. Einkeilung der Diaphyse in die Epiphyse angenommen. Erst die nähere Betrachtung der Bilder und die mit Rücksicht auf die doch eigentümliche starke Verkürzung vervollständigte Anamnese führte zur richtigen Diagnose.

Kurze Erwähnung eines ähnlichen Falles von Lieblein: Bei einer 70 jährigen Frau wurde auf Grund des Röntgenbildes eine Einkeilungsfraktur am oberen Tibiaende angenommen. Die Sektion ergab eine alte geheilte Querfraktur.

Woraus hervorgeht, dass bei der Stellung einer Diagnose nur nach dem Röntgenbilde bedeutende Irrtümer mit unterlaufen können und eine genaue palpatorische etc. Untersuchung auch heutigen Tages nicht entbehrt werden kann. **Natzler**-Heidelberg.

8) **W. R. Mac Ausland** (Boston). An experimental study of the epiphysis with special reference to the retardation and stimulation of growth. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII, 4.)

Fall I. 13j. Junge, vor 3 Jahren schwere Quetschung an Aussenseite des Knies. Jetzt X-Bein und genu recurvatum. Trotz 2maliger Osteotomie und langer Apparatbehandlung immer Rezidiv. Die Epiphysenlinie ist in ihrer äusseren Hälfte zerstört, daher der Condylus ext. sehr im Wachstum zurückgeblieben.

II. Bei einem 5j. Kind wurde durch tuberkulöse Caries die äussere Hälfte der oberen Tibiaepiphysenlinie zerstört, die innere Hälfte wurde durch die Entzündung in der Nachbarschaft zum Wachstum angeregt. Resultat: X-Bein.

Fall III. Osteomyelitis in einer Tibiaepiphyse. Der Sequester blieb 3 Jahre lang in der Knochenlade liegen. Nachdem zunächst eine Verkürzung durch Wachstumsstörung eingetreten war, wurde das Bein später durch den Reiz, den der Sequester ausübte, wieder länger. Die Fälle regten zu folgenden Versuchen an Kaninchen an:

I. Aseptische Durchtrennung der medialen Hälfte der unteren Femurepiphysenlinie.
II. Aushöhlung an der Metaphyse des Femur dicht oberhalb der Epiphysenlinie. Einführung eines Kupferstückchens in die Höhle. Der Fremdkörper soll zum übermässigen Wachstum anregen.
III. Einführung von Staphylococcusvaccine in die Höhle, die zur Osteomyelitis führen soll.
IV. Durchtreibung eines Elfenbeinpflocks durch die Epiphysenlinie.
V. Epiphysenlösung und -reposition.
VI. Exstirpation der inneren Hälfte der Epiphysenlinie des Femur.

Die Resultate der Versuche, die pro Serie an 10—30 Kaninchen vorgenommen waren, stehen noch aus. Ewald-Hamburg.

9) **Nehrkorn.** Trepanation der langen Röhrenknochen bei Osteosklerose mit heftigen Schmerzen. (Archiv. f. klin. Chir. Bd. 92; Heft 3, S. 879.)

Bei einer Frau, die jahrelang an heftigen Schmerzen in den Extremitäten, zuerst im linken Oberschenkel, litt, wurde durch das Röntgenbild eine periostale Hyperostose am Trochanter major festgestellt und durch wiederholte Abtragung der Corticalis eine geringe Erleichterung erzielt. Die Schmerzen traten dann multipel auf. Verf. verfuhr nun in der Weise, dass er an den befallenen Röhrenknochen die Corticalis in fast ganzer Länge abtrug und das Mark



auskratzte. Der Erfolg war glänzend. Die Knochen zeigten starke Volumszunahme und Elfenbeinhärte der Corticalis mit Einengung der Markhöhle. Die Knochen, die am radikalsten aufgemeisselt wurden, waren im vollsten Masse von den Schmerzen befreit.

Knochenschmerzen treten bei schweren Erkrankungen der blutbildenden Organe auf. Eine Blutkrankheit bestand hier nicht, auch keine nennenswerte Anämie, sodass dieser Fall auch nicht zu jenen zählt, die Assmann 1907 als osteosklerotische Anämie beschrieb. Ausser bei letzterer kommt multiple Osteosklerose selten vor.

Zander-Heidelberg.

10) **Codivilla.** Ueber die Behandlung der Pseudarthrosen und der ausgedehnten diaphysären Kontinuitätstrennungen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 92, Heft 2.)

In 16 von 27 Fällen von Pseudarthrosen hat Verf. die Osteoplastik angewendet und berichtet im einzelnen darüber. Folgende Schlussfolgerungen können gezogen werden: Meist genügt zur Beschleunigung des Ossifikationsprozesses die Hyperämie nach Dumreicher, oder die Reibung der Fragmente, oder die Blutinjektion. Bei ungünstigen Verhältnissen jedoch müssen ausgedehnte Berührungsflächen der Knochen geschaffen werden. Als Fixationsmittel eignet sich die metallische Naht, im Notfall in Verbindung mit einem Periostknochenlappen. In den Fällen von verminderter osteoplastischer Fähigkeit des Knochens erreicht man die Verstärkung derselben durch die gestielte, oder, wo nicht möglich, durch die freie Osteoplastik mit reichlichem Periostüberzug. Besonderen Wert legt Cod. darauf, dass die normale Spannung der Weichteile, namentlich der Muskeln, wiederhergestellt und für die mechanische Stabilität der Extremität gesorgt wird. In den Fällen, wo man zwar die Knochenenden in Kontakt bringen, aber nicht die nötige Spannung der Weichteile erreichen kann, ist ebenfalls die osteoplastische Methode angezeigt, schon mit Rücksicht auf die sonst resultierende Verkürzung. Die Knochenspange muss, da sie eine grosse osteogenetische Kraft besitzen soll, aus gesundem Knochen entnommen werden und, besonders bei den angeborenen Pseudarthrosen, mit ausgedehntem Periostlappen versehen sein.

Zander-Heidelberg.

11) **Prescott le Breton** (Buffalo). Some experimental work with materials for plugging sinuses and bone cavities (Americ. jurn. of orth. surg. 1910. Bd. VII. 4.)

In der Plombierungsfrage von Abszessen und Knochenhöhlen stehen sich 2 Theorien gegenüber; die eine behauptet, die Masse wirkt



kraft ihrer Zusätze (Jodoform, Wismut) spezifisch auf Infektion und Granulation, die andere sagt, die Injektionsmasse wirkt rein mechanisch. Verf. kann diese Frage nicht entscheiden, hat aber die verschiedensten Zusammensetzungen (Mosetig's Plombe, Beck's Wismutplombe, Wachs-Vaselin, Wachs-Oel, Wachs-Cacaobutter, Gelatine) Kaninchen subcutan eingespritzt und die Resorptionszeit notiert. Die Pulver (Jodoform, Wismut) werden viel langsamer resorbiert als das Suspensionsmittel, die Resorption der Wachsmischungen richtet sich nach der Menge des Wachses. Gelatine wird schon in einigen Tagen resorbiert und verursachte einmal Tod an Tetanus. Ewald-Hamburg.

12) **E. G. Beck** (Chicago). Zur Verhütung der Wismutvergiftung. (Zentralbl. f. Chir. 1910. 17.)

In mehreren 100 Fällen der Wismutanwendung hat B. zwar öfter beginnende Vergiftungserscheinungen, aber nie einen Todesfall erlebt. Die Vorsichtsmassregeln sind folgende: Injektion von kleinen Mengen, bei livider Verfärbung der Haut (meist in der 3. Woche!) oder blauer Ulceration (nicht Verfärbung) des Zahnfleisches Ausspülung der Paste mit warmem Olivenöl (wird injiziert und nach 12—24 Stunden aspiriert). Frische Abszesshöhlen sollen überhaupt nicht mit Wismutpaste behandelt werden. Alte Höhlen- und Fistelwände resorbieren nur sehr langsam. Ewald-Hamburg.

13) **Nélaton** (Paris). Greffes musculaires employées à combler des cavitès osseuses créées par l'évidement chirurgical. (Revue d'orth. 1910. 3.)

Zwei Fälle von Knochenladen nach Osteomyelitis. Im ersten Fall wurde die Höhle im Schlüsselbein durch einen hinübergeschlagenen Lappen aus dem Pectoralis major ausgefüllt, im zweiten ein gestielter Hautmuskellappen aus der Wade des gesunden Beins in eine granulierende Knochenlade des Schienbeins überpflanzt. Beide Beine wurden durch Gipsverband fixiert, der Stiel nach 14 Tagen durchtrennt. In beiden Fällen gutes kosmetisches Resultat.
Ewald-Hamburg.

14) **Boulay** (Charleville). L'anesthésie locale par la cocaine dans la réduction des luxations et des fractures. (Lokalanästhesie mit Cocain bei der Reposition von Luxationen und Frakturen). (La médicine des accidents an travail VIII. Bd. S. 97.)

B. empfiehlt, um die Gefahren der Allgemeinnarkose zu vermeiden, nach Quénu's Methode eine am besten $^1/_2{}^0/_0$ Lösung von



Cocain in das luxierte Gelenk oder an der Frakturstelle einzuspritzen. Es genügen 3 Centigramm im allgemeinen, um Schmerzlosigkeit und ein Nachlassen der Muskelkontrakturen zu erzielen. Nötig ist nur, bei der Einspritzung die grossen Nerven und Gefässe zu vermeiden, sowie die Injektion in horizontaler Lage des Patienten vorzunehmen und ihn auch danach noch längere Zeit liegen zu lassen, um Collapszustände zu vermeiden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

15) **Sulli.** Le tubercolosi chirurgiche in rapporto agli infortuni e alle malattie professionali.

L'Ospedale di Palermo 1909. fasc. 3.

Verf. bespricht kurz die Ansichten der verschiedenen Autoren und berichtet dann über den Fall eines Arbeiters, bei dem nach einem Trauma ohne Kontinuitätstrennung Tuberkulose an der Hand auftrat, die ihn arbeitsunfähig machte. Verf. kommt zu dem Schluss, dass in derartigen Fällen dem Verunglückten nicht aus dem Grund, dass die Natur des Leidens eine spezifische ist, ein Anspruch auf Unfallentschädigung abgesprochen werden darf.

Buccheri-Palermo.

16) **Courtault** et **Pilet** (Paris). Traitement hatif des suites d'accidents par la mécanothérapie et les agents physiques. Necessité et avantages. (Die frühzeitige medikomechanische Behandlung der Unfallfolgen.) (La médecine des accidents du travail. Bd. VIII, Nr. 1. S. 1.)

Die Verf. stellen nach einer Statistik von 1000 Fällen fest, dass eine frühzeitige Behandlung der Unfallfolgen sehr vorteilhaft sei, da sie eine viel grössere Zahl Heilungen ergebe und kürzere Zeit dauere, als wenn die Verletzten später zur Behandlung kommen. Für deutsche Verhältnisse hat sich diese Anschauung ja wohl schon einigermassen Bahn gebrochen, wenigstens wird von einer Reihe von Berufsgenossenschaften bereits nach diesem Grundsatz verfahren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

17) **Wollenberg** (Berlin). Aetiologie der Arthritis deformans. (Zeitschr. für orthop. Chirurgie XXIV. Bd. 3.—4. Heft S. 359.)

Verf. unterscheidet 1. Reaktive sekundäre Arthritis deformans als Folgeerscheinung von Traumen, entzündlichen Gelenkprozessen, Tumoren, als Altersvorgang etc. und 2. primäre Arthritis deformans. Mikroskopische Untersuchungen haben W. gezeigt, dass bei den verschiedenen Formen sklerotische Veränderungen der Gefässe vor-

handen waren. W. glaubt deshalb, dass sowohl der sekundären wie der primären Arthritis deformans Gefässveränderungen zu Grunde liegen. Bei der sekundären Form sind diese Gefässerkrankungen durch das vorangehende Leiden (Entzündung, Trauma etc.) bedingt, bei der primären Form handelt es sich um eine lokale Arteriosklerose. Wodurch diese Gefässveränderung zustande kommt, weiss W. allerdings nicht anzugeben. Die durch die Gefässerkrankung bedingte lokale Anämie oder Hyperämie soll je nachdem die regressiven oder proliferierenden Erscheinungen hervorrufen. Der von Preiser als ätiologischer Faktor angeführten Gelenkflächeninkongruenz spricht W. nur die Rolle eines auslösenden Moments infolge des Traumas der deformen Gelenkenden zu.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

18) **Conet.** Hémophilie articulaire (Ueber Gelenkerkrankungen bei Hämophilen). (La médecine des accidents du travail. Bd. VIII, S. 75.)

Verf. unterscheidet Gelenkerkrankungen bei Blutern, die ohne besondere äussere Einwirkung (höchstens nach einer stärkeren Anstrengung, längerem Gehen etc.) auftreten, und solche, die ihre Entstehung einem stärkeren Trauma verdanken. Die spontan auftretenden Arthritiden sind die für Hämophilie typischen. Sie befallen der Häufigkeit nach den Ellenbogen, Fussgelenk, Knie etc., bei jedem Individuum aber ihr spezielles Gelenk. C. teilt die verschiedenen Formen des Hämarthros ein 1. in leichte, 2. in gutartige nicht schmerzhafte, 3. in schwere schmerzhafte Fälle und 4. in die chronische rezidivierende Form. Die erste Art zeigt nur leichte Schwellung des Gelenks, die zweite stärkeren Erguss mit Bewegungsstörung, für die dritte Form ist der intensive Schmerz und die Muskelatrophie charakteristisch. Diese Formen können ineinander übergehen und zu der vierten, der chronischen Form führen, die häufig ihren Ausgang in Ankylose nimmt. Eine besondere Stellung gebührt dabei der Erkrankung des Hüftgelenks, die zu einer Bewegungsbeschränkung dieses Gelenks und zu einer Parese des Cruralis infolge Kompression durch den Bluterguss führt. Blutung in die Metatarsalgelenke werden leicht als Plattfussbeschwerden gedeutet. Blutungen in den Psoas führen auch zu einer Parese des Cruralis.

Die Gelenkblutungen durch ein Trauma entsprechen denen bei gesunden Individuen, nur tritt der Hämarthros sehr rasch und in sehr starkem Masse, mit grosser Schmerzhaftigkeit auf. Die Ab-



magerung der Muskulatur und die Versteifung des Gelenks ist erheblich schwerer, der Ausgang in Ankylose nicht selten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

19) **Lejars** u. **Rubens-Duval.** Les sarcomes primitives des synoviales articulaires. (Die primären Sarkome der Gelenksynovialis.) (Revue de chirurgie 49. Bd. S. 751.)

Primär ist das Vorkommen von Sarkomen in der Gelenkkapsel sehr selten, es handelt sich dabei meist um Spindel- oder Riesenzellensarkome, in dem hier berichteten Falle um ein Endotheliom. Die Tumoren kommen an Knie- und Sprunggelenk als gestielte Knoten oder als deutlich abgegrenzte Geschwülste der Synovialis und als diffuse Sarkomatose der Gelenkshaut vor. Die letzte Form, welcher auch der Fall des Verf. angehört, entwickelt sich sehr langsam und schmerzlos, die Beweglichkeit des Gelenks ist dabei erhalten. Der Allgemeinzustand bleibt lange Zeit unbeeinflusst, doch tritt allermeist später eine Weiterverbreitung der Erkrankung sowie Rezidive und Metastasen ein. Die knöchernen Bestandteile des Gelenks bleiben intakt mit Ausnahme sehr vorgeschrittener Fälle im Gegensatz zur Tuberkulose des Gelenks, der das Krankheitsbild sonst am meisten ähnelt. Dies Verhalten der Knochen ist auch im Röntgenbilde nachzuweisen. Bei den zirkumskripten Formen kommt man in der Regel mit einer Exstirpation des Tumors aus, bei den diffusen Formen führt die Exstirpation der Synovialis selten zur Heilung, in den meisten der berichteten Fälle wurde früher oder später die Amputation notwendig.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

20) **Le Chevrier.** Traitement du rhumatisme blennorragique. (Gazette des hôpitaux 1910. 56.)

Ch. behandelt die akute und chronische gonorrhoische Gelenkentzündung mit intra- oder periartikulären Injektionen des unlöslichen Radiumsulfats. (Eine Injektion von $^{2}/_{100}$—$^{7}/_{100}$ eines Milligramms.) Beim Hydrarthros wird der Erguss abgelassen und intraartikulär injiziert, bei der phlegmonösen Form periartikulär (an 6—8 Stellen). Der Erfolg ist, dass innerhalb weniger Stunden der Schmerz verschwindet und die Beweglichkeit wiederkehrt. Die Schwellungen verschwinden langsam in den nächsten 14 Tagen, bei chronischem Hydrarthros erst nach Wochen. In jedem Fall konnte aber eine Versteifung vermieden werden und die Glieder wurden in kurzer Zeit wieder funktionsfähig. — 4 Krankengeschichten. Dieses Verfahren



der Radiumanwendung zieht Ch. jedem anderen (äusseren) vor, und hält es überhaupt bei der Behandlung der gonorrhoischen Arthritis für die Methode der Wahl. **Ewald**-Hamburg.

21) **E. Melchior** (Breslau). Ueber tuberkulösen Gelenkrheumatismus. (Berlin. klin. Woch. 1910. 11.)

Es gibt manchmal Fälle von Gelenkrheumatismus, die mehr subakut verlaufen, sehr lange dauern, auf Salizyl nicht reagieren, mit Versteifungen ausheilen, öfter in einen tuberkulösen Fungus übergehen. Die Patienten leiden bereits an einer manifesten Tuberkulose oder sind dringend verdächtig. Fall eines 19 jährigen Mädchens von tuberkulöser Mutter stammend, hat Lymphdrüsentuberkulose durchgemacht und wurde vor kurzem wegen Caries mandibulae operiert. Einige Tage danach Fieber, Schwellung und Schmerzen im linken Fussgelenk, später auch im linken Ellenbogen und Knie; Schmerz und Fieber dauernd gering. Unter Ausschluss von Gonorrhoe, Lues und akutem Rheumatismus erkennt M. den tuberkulösen Gelenkrheumatismus (Poncet) an, zumal im Blut Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten. Es scheint, als ob dieser Rheumatismus nichts anders ist, als eine Art von Miliartuberkulose. (Dies wäre allerdings ein prinzipieller Unterschied von der Poncetschen Auffassung. Ref.) **Ewald**-Hamburg.

22) **Lucas-Championnière** (Paris). Influence du raccourcissement du squelette sur les muscles. (Der Einfluss von Verkürzungen des Skeletts auf die Muskulatur). (La médecine des accidents du travail. Bd. VIII, Nr. 2, S. 44.)

L.-Ch. hat die Erfahrung gemacht, dass das Aneinanderrücken der Muskelansätze infolge der Verkürzung von Skeletteilen keineswegs die Muskulatur schädigt, sondern im Gegenteil günstigere Funktionsbedingungen schafft. Mehrere Fälle von Gelenkresektion und dadurch bedingter Skelettverkürzung ergaben gute Funktion der Muskeln. Wichtig ist dabei eine glatte Heilung, da eine eventuelle Eiterung auf die Muskulatur verderblich wirkt. Verf. empfiehlt deshalb sehr das von ihm angegebene Verfahren der Klumpfussbehandlung bestehend in einer Entfernung des grössten Teils der Fusswurzelknochen. Ebenso rät er mit Resektionen nicht zu zurückhaltend zu sein. Eine mässige Verkürzung nach Heilung einer Fraktur hält L.-Ch. für kein Unglück, sofern nur Winkelstellung der Fragmente dabei vermieden wird. Im Gegenteil soll sich die Muskulatur dabei auffallend rasch erholen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



23) **E. Rehn** (Königsberg). Die homoplastische Sehnentransplantation im Tierexperiment. (Bruns Btrge. z. klin. Chir. 68. Bd. 2. H. p. 417.)

Nach genauer Definition des Begriffes der homoplastischen Transplantation-Ueberpflanzung von Material von einem anderen Individuum der gleichen Gattung, — im Gegensatz zu Autoplastik-Material von einer anderen Körperstelle desselben Individuums — und Heteroplastik — Material von einem anderen Individuum, — gibt Verf. eine genaue Schilderung seiner interessanten Versuche, über die er schon auf dem 38. Chirurgenkongress kurz berichtet hat.

Die ersten Versuche stellte Verf. mit teilweisem Ersatz von Sehnenstücken an, indem bei 2 Kaninchen der von den Gastrocnemii gebildete Teil der Achillessehne exstirpiert und jeweils dem anderen Kaninchen implantiert wurde, während der vom Soleus gebildete Teil der Sehne erhalten blieb. Diese Sehnenstücke heilten lebensfähig ein und zwar erwies sich: die Beteiligung des Peritenonium extern. und intern. für die feineren anatomischen Vorgänge als besonders wichtig. — Um auch den völligen Defekt einer Sehne durch homoplastische Transplantation zu decken, verfuhr Verf. in ähnlicher Weise wie bei den Kaninchen bei Hunden, nur wurde die ganze Achillessehne exstirpiert und in den Defekt beim zweiten Tier eingenäht. Diese Versuche ergaben ebenfalls eine vollkommene Einheilung, wobei für den Erfolg gute Spannung und frühzeitige funktionelle Inanspruchnahme von ausschlaggebender Bedeutung waren. Auch hier zeigte sich die wichtige Rolle des Peritenoniums für den Einheilungsprozess. Das Peritenonium umgibt die transplantierte Sehne mit einem Mantel neugebildeten Gewebes mit zahlreichen Kapillaren und sorgt somit für die Ernährung an der Vereinigungsstelle. Von alter und neuer Sehne bildet das Peritenonium den Sehnenkallus. Nach Jahresfrist fand Verf. die Regenerationsvorgänge beendet, es war eine einheitliche Sehne gebildet.

Balsch-Heidelberg.

24) **Römer** und **Joseph** (Marburg). Zur Natur und Verbreitungsweise des Poliomyelitisvirus. (Münch. med. Woch. 1910. 20.)

Zunächst konnten die Autoren nachweisen, dass auch 5 Monate hindurch erfolgte Konservierung des Virus in Glyzerin die Virulenz nicht vermindert.

Häufig wurden nach der Infektion — aber erst beim Auftreten der Lähmung — Durchfälle beobachtet. Bei einer Sektion eines



an Poliomyelitis gestorbenen Affen wurden die Mesenterialdrüsen stark geschwollen gefunden. Dass diese Drüsen das Virus enthielten, ergab der positive Ausfall eines Injektionsversuches. Demnach kann der Darm nicht nur Eintrittspforte, sondern vor allem Ausscheidungsort des Virus sein.

Ewald-Hamburg.

25) **Römer** und **Joseph** (Marburg). Beiträge zur Prophylaxe der epidemischen Kinderlähmung. (Münch. med. Woch. 1910. 18.)

Als Verbreiter der Kinderlähmung scheint nur der Mensch in Betracht zu kommen. (Nasenschleimhaut ist vermutlich Ort des Eintritts und der Ausscheidung des Virus.) Für die grosse Widerstandsfähigkeit spricht ein geglückter Versuch, einen Affen mit einem im Vakuum getrockneten Rückenmark, das 4 Wochen lang im Trockenzustand geblieben war, zu infizieren. Versuche mit der üblichen Formalindesinfektion ergaben die sichere Vernichtung des Poliomyelitisvirus. Wichtiger erscheint aber die Desinfektion der Mund- und Rachenschleimhaut, wofür Levaditi und Landsteiner Mentholpräparate empfohlen haben.

Da aber das einmalige Ueberstehen der Krankheit immun macht, so könnte man durch ein Schutzimpfverfahren einer Pandemie ev. entgegenarbeiten. Tatsächlich beweisen Versuche, dass im Serum des poliomyelitischen Individuums Antikörper gebildet werden, und dass mit diesem Serum vorbehandelte Tiere nicht infiziert werden können.

Ewald-Hamburg.

26) **F. Heubach** (Graudenz). Mein kombinierter, chirurgisch-orthopädischer Operations- und Extensionstisch. (Arch. für Orth., Mechanother. und Unfallchir. 1910. Bd. VIII. 3.)

Um Raum zu sparen und das Instrumentarium zu vereinfachen, hat H. von der Firma Kahnemann (Berlin) für sämtliche chirurgischen und orthopädischen Massnahmen einen Tisch konstruiert, der eine Verbindung des Hahnschen Operationstisches, des Schedeschen Extensionstisches, des Nebelschen Apparates und des Hoffa-Wullsteinschen Suspensions-Extensionsrahmen ist. Durch anzuschraubende Ansatzstücke, resp. Stellungsveränderungen einzelner Teile des Tisches kann derselbe schnell für jede Verrichtung brauchbar gemacht werden.

Ewald-Hamburg.

27) **Gutzeit** (Neidenburg, Ostpreussen). Ein einfacher, billiger, leicht zu improvisierender Apparat zur Anlegung von Gipsverbänden an den unteren Gliedmassen ohne Assistenz. (Münch. med. Woch. 1910. 22.)

Auf dem Lande kann die moderne Extensionsbehandlung oft nicht durchgeführt werden, weshalb der Gipsverband nach genauer Reposition der Fragmente den Vorzug verdient. G. legt diesen an, indem er das Bein mittelst einer Fusschlinge und einer über Rollen laufenden Schnur durch Gewichte extendiert. Die Fusschlinge, die über Ferse und Rist angreift, wird beim Festwerden des Gipsverbandes entfernt. **Ewald**-Hamburg.

28) **Konrad Port** (Nürnberg). Versuch der Ausarbeitung eines Verbandsystems auf Grundlage des Hessing'schen Leimverbandes. (Arch. f. Orth., Mechanother. und Unfallchirurgie 1910. Bd. VIII, 3.)

P. will als Fixationsmittel für viele Fälle den Gipsverband durch den Leimverband ersetzt wissen und lobt dessen Billigkeit, Leichtigkeit und die relativ einfache Technik, die genau beschrieben wird. Bei Oedemen am Fuss, Unterschenkelgeschwüren, Phlebitis, rheumatischen Sehnenscheidenerkrankungen, zu Gehverbänden in der Nachbehandlung von Frakturen, bei Gelenkdistorsionen, Frakturen der kleinen Hand- und Fussknochen hat der Leimverband mit Erfolg Anwendung gefunden. Die Beschwerden der Insuffizientia pedis, des Knickfusses kann er beseitigen, entzündete Gelenke (Tbc.) ruhig stellen. Mit Aluminium oder Bandeisen verstärkt, kann er für Lagerungsapparate, Korsetts und Schienenhülsenapparate verwendet werden. P. berichtet über seine Fälle, in denen er die Methode angewandt hat. Nach Beschaffung des billigen Instrumentariums und einiger Einübung und bei einer gewissen Geschicklichkeit soll jeder Arzt die Methode beherrschen können.

Ewald-Hamburg.

29) **Wolff** (Danzig). Ueber die Technik des Stoffkorsetts. (Arch. f. Orth., Mechanoth. und Unfallchir. 1910. Bd. VIII, 3.)

W. hält das Hessingkorsett für ein brauchbares Unterstützungsmittel für die Behandlung der Skoliose. Er glaubt, dass es — in Suspension angelegt — dauernd den aufgerichteten Körper in Spannung festhält und sein Wiedereinsinken verhindert, und zwar wird seiner Ansicht nach der Rumpf zwischen Beckenbügel und Achselkrücke gespannt. So hält er es für möglich, seitliche Deviationen der Wirbel-



säule zu korrigieren, ja zu heilen. Bei schweren Skoliosen muss der Rippenbuckel erst durch Gymnastik und redressierende Gipsverbände (Wullstein) mobil gemacht werden. Hier kommen zu dem Stützkorsett elastische Gurte, die auf der Innenseite des Korsetts in mittlerer Spannung eingearbeitet werden und die Torsion korrigierend und redressierend beeinflussen. **Ewald**-Hamburg.

30) **S. Kofmann** (Odessa). Die Kettenverbindung als Kugelgelenk. (Arch. f. Orth., Mechanother. und Unfallchir. 1910. Bd. VIII, 3.)

Bei einer Humeruspseudarthrose verband K. die Schulterkappe mit der Oberarmhülse in der Weise, dass er zwei Drahthalbringe, die an den beiden Teilen befestigt waren, miteinander verkettete. Diese einfache Verbindung erlaubte alle Bewegungen und könnte auch beim Hüftgelenk Anwendung finden. **Ewald**-Hamburg.

31) **Adolf Schnée** (Berlin). Vorläufige Mitteilungen über allgemeine Vibration des Körpers mittels eines Vibrationsstuhles. (Zeitschr. f. physikal. und diätetische Therapie 1910. 1.)

Lokal angewandte Vibrationsmassage bewirkt Muskelkontraktion, ferner aber Steigerung resp. Herabsetzung des Erregungszustandes — je nach der Intensität des Reizes. Der Vibrationsstuhl (von der Elektrizitätsgesellschaft „Sanitas“, Berlin) erlaubt eine genaue Dosierung. Er wurde bisher bei 33 Personen angewandt. Neben den Wirkungen auf das Zirkulationssystem (meist Pulsverlangsamung, Blutdrucksteigerung), konnte bei 7 Neurasthenikern die Schlaflosigkeit beseitigt werden, in einigen Fällen auch Ohrensausen und Schwindelanfälle, ferner die beschleunigte Herzaktion, in vier Fällen eine nervöse Dyspepsie. Auch Migräne resp. Hemikranie ist gebessert resp. geheilt worden. **Ewald**-Hamburg.

32) **P. Kayser.** Zur Frage der kongenitalen Skoliose. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 68. Bd. 2. H. p. 463.)

Aus dem Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus beschreibt Verf. einen Fall von kongenitaler Skoliose der Halswirbelsäule, die durch Halsrippe, Spaltung des 7. Hals-, 1. und 2. Brustwirbels und durch Keilwirbelbildung bedingt war, also zweifellos durch ein vitium primae formationis. In Erscheinung war die Skoliose aber erst im 9. Jahr getreten. Der Fall stellt ein typisches Bild der von Garré 1902 auf dem Orthopädenkongress eingehend geschilderten „Cervikodorsalskoliose“ dar. **Balsch**-Heidelberg.



33) **A. Mouchet u. I. Rouget** (Paris). La scoliose congénitale (Gazette des hôpitaux 1910. 52.)

M. hat 6 Fälle von kongenitaler Skoliose genauer beobachtet und mittels Röntgenbildern die genaue Ursache festgestellt. Von allen Theorien ist nur die der fehlerhaften Wirbelentwicklung aufrecht zu erhalten. Geschichte, pathologische Anatomie, Entwicklung und Behandlung (Korsett, Gipsverband) werden genau beschrieben. — Literatur.

Ewald-Hamburg.

34) **Ralph R. R. Fitch** (Rochester). Congenital absence of vertebrae below the first sacral, and malformation of the lower cervical and upper dorsal vertebrae. (Amer. journ. of orth surg. 1910. Bd. VII. 4.)

6 jähriger Junge, fällt leicht hin, Incontinentia urinae. Seitlicher Anblick etwa wie bei der Spondylolisthesis. Das Röntgenbild zeigt die völlige Abwesenheit des Kreuzbeins (mit Ausnahme des ersten Sacralwirbels) und des Steissbeins. Die drei unteren Cervical- und vier oberen Dorsalwirbel sind in zwei keilförmige Stücke geteilt. Der VII. Halswirbel hat rechts eine Halsrippe.

Ewald-Hamburg.

35) **D. La Ferte** (Detroit, Michigan). Spina bifida: its relation to orthopedic surgery. (Amer. journ. of orthopedic surg. 1910. Bd. VII. 4.)

Verf. rät immer zur Herausnahme des Sacks unter Schonung der Nervenfasern, wenn kein Geschwür am Tumor vorhanden ist. In zwei derartigen Fällen starben die Kinder an Meningitis. Sonst ist aber die Operation leicht und ungefährlich. Die Deckung des Defekts ist immer leicht und geschieht mit der Muskulatur, Fascie und Haut. Vorhandene Lähmungen der Beine usw. sind keine Kontraindikation (Bayer), sondern im Gegenteil Indikation (Nicoll) zur Operation: manchmal verschwinden die Lähmungen.

In einem Fall war dies auch der Fall. In den beiden anderen (Inkontinenz von Blase und Mastdarm, Klumpfüsse, Spasmen an den unteren Extremitäten), erhielt Verf. nicht die Erlaubnis zur Operation der Spina bifida, sondern musste sich mit dem Klumpfussredressement und Tenotomien der Kniebeuge begnügen, worauf ein leidliches funktionelles Resultat eintrat.

Ewald-Hamburg.

36) **Denucé** (Bordeaux). L'insuffisance vertebrale. (Revue d'orth. 1910. 2.)

D. berichtet in extenso über das Krankheitsbild »insufficientia vertebrae«, wie es Schanz in mehreren Vorträgen und Publikationen

aufgestellt hat. Nach seinen (D.'s) Beobachtungen ist die Krankheit häufig, entgeht aber oft dem untersuchenden Arzt, weil die Beschwerden nur unbestimmter Natur sind (Leibschmerzen, Appetitlosigkeit, Obstipation) und Schmerzen in der Wirbelsäule nur durch Druck resp. Beklopfen der Dornfortsätze hervorgerufen werden können. Viele Krankengeschichten sollen beweisen, dass man berechtigt ist, die Allgemeinbeschwerden und die Druckschmerzen der Wirbelsäule mit dem Entstehen einer Skoliose in kausale Beziehung zu setzen. Unter wörtlicher Anführung der Schanz'schen Deduktionen unterscheidet D. drei Kategorien von Insufficientia vertebrae. 1) nach Infektion, 2) nach Traumen, 3) in Verbindung mit einer Formänderung der Wirbelsäule. — Für jede Kategorie werden einige Fälle angeführt und die Differentialdiagnosen besprochen (Spondylitis, Kümmell'sche Krankheit, Hysterie.)

D. hat seit 2 Jahren alle Skoliosen auf die Symptome der Insufficientia vertebralis untersucht und letztere in einem Fünftel der Fälle gefunden (250 Patienten). Bei den kongenitalen und rein statischen Skoliosen sind sie in keinem Stadium der Entwicklung zu finden. Die rhachitischen und osteomalazischen Skoliosen übergeht D. und wendet sich zu der habituellen (essentiellen) Skoliose, die nach seiner Ansicht durch Ueberlastung entsteht und am häufigsten die Zeichen der Insuffizienz der Wirbelsäule aufweist. Sie scheint jedoch unter dem Einfluss einer Infektion, eines Traumas oder allzuvieler gymnastischer Uebungen zustande zu kommen.

Behandlung: Bettruhe, Extension, Korsett, Thermophore, keine Gymnastik, wenn möglich Aufenthalt am Meer.

Ewald-Hamburg.

37) **Th. Wohrizek** (Prag). Ein Korsett zur Korrektur der Lordose bei lordotischer Albuminurie. (Med. Klin. 1910, 18.)

Um bei der Albuminurie die ursächliche Lordose zu beseitigen, fertigt W. ein Hessingkorsett an, dessen Armkrücken besonders hochgestellt werden, um die Lendenwirbelsäule zu redressieren und entlasten, was durch eine Steilstellung noch besser erreicht werden kann. Ein paar stark federnde Rückenspangen sorgen gleichfalls für die Vornüberbeugung des Oberkörpers. Ist der Apparat angelegt, so sistiert sofort die Eiweissausscheidung, wird er weggelassen, so erscheint wieder Eiweiss im Urin. **Ewald**-Hamburg.

38) **Kurt Vorpahl** (Stettin). Ueber einseitige orthostatische Albuminurie. (Berl. klin. Woch. 1910. 18.)

12 jähriges Mädchen mit geringer Lordose, aber erheblicher rechts dorsaler, links lumbaler Skoliose. Albuminurie, die im Liegen ver-



schwindet, im Sitzen (wo die Lordose völlig ausgeglichen ist) aber wieder auftritt. Ureteren-Katheterismus ergab völliges Freisein von Eiweiss bei der linken Niere. Der Urin der rechten Niere ergab Eiweiss. V. erklärt mit Jehle die Albuminurie als mechanisch infolge Zerrung und daher Stauung in den Nierengefässen entstanden.

Ewald-Hamburg.

39) **Forestier** (Aix les Bains). Rhumatisme vertébral et spondylites comment les reconnaître et comment les traiter. (Ueber die Diagnose und Therapie der rheumatischen und andersartigen Spondylitiden). (Annales de chirurgie et d'orthopédie XXIII. Bd. S. 38.)

F. schildert die rheumatische, gonorrhoische und typhöse Wirbelsäulenerkrankung und ihre Differentialdiagnose gegenüber der tuberkulösen Spondylitis. Therapeutisch wendet F. bei rheumatischer Erkrankung die heissen Bäder von Aix les Bains in Verbindung mit Massage an, bei gonorrhoischer und typhöser Entzündung lediglich Bäder und ähnliche Massnahmen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

40) **Pförringer.** Kasuistischer Beitrag zur Röntgendiagnostik der Wirbeltumoren. (Fortschritte auf d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. XV, Heft 1.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Wirbeltumoren, wo die durch das Röntgenbild gestellte Diagnose später durch die Sektion bestätigt wurde. Es sind 2 metastatische Karzinome nach Mammakarzinom und ein primäres Sarkom. Fall 1 betrifft eine 40jährige Frau, die 3 Jahre nach der Operation ein Rezidiv bekam, das, wie die Sektion zeigte, entlang der 2. Rippe bis in den 2. Brustwirbel kontinuierlich weitergewachsen war. Letzterer zeigte das Bild der reinen Erweichung durch den Tumor.

Bei einer 48 jährigen Frau, die wegen Carcinoma mammae operiert wurde, traten nach mehreren Wochen lumbagoartige Schmerzen auf. Das Röntgenbild zeigte einen Tumor im 12. Brust- und 1. und 2. Lendenwirbel. Infolge von Kompressionsmyelitis trat Exitus ein, und die Sektion bestätigte die Diagnose. Hier fand sich keine erweichte Partie, sondern eine knöcherne Verschmelzung benachbarter Wirbel. Beim 3. Fall handelt es sich um einen primären Kreuzbeintumor, der durch die gewaltige Zerstörung der Umgebung und sein langsames Wachstum — mindestens 5 Jahre — auffällt.

Es gelingt also, durch das Röntgenbild schwere Veränderungen nachzuweisen, wo klinisch noch keine sichere Diagnose gestellt



werden kann und nur hartnäckige Schmerzen den Verdacht auf eine Neubildung lenken. **Zander**-Heidelberg.

41) C. **Hofmann** (Köln-Kalk). Eine einfache Art der temporären Laminektomie. (Zentralbl. f. Chir. 1910. 18.)

Wegen gastrischer Krisen hat H. zur Resektion des 7.—10. hinteren Wurzelpaares die Bögen des 6.—9. Brustwirbels mit Meissel vom Wirbelkörper getrennt und nach Durchtrennung der Wurzeln wieder sofort den osteoplastischen Lappen in seine frühere Lage gebracht. Gute Einheilung in kurzer Zeit. Diese einzeitige Operation zieht Verf. der zweizeitigen, wo die Wirbelbögen dauernd entfernt bleiben, vor. **Ewald**-Hamburg.

42) P. **Tridon** (Berck). Fistule inguinale. (Revue d'orth. 1910. 3.)

Bei einer 20 j. Frau wurde ein Inguinalabszess inzidiert, der mit Fistelbildung ausheilte. Erst später wurde als Ursache des Abszesses eine tuberkulöse Karies des Kreuzbeins gefunden. Bemerkenswert war, dass während jeder Menstruation aus der Fistel neben dem Eiter Blut floss. **Ewald**-Hamburg.

43) C. **Helbing** (Berlin). Die Behandlung von Lähmungszuständen an der oberen Extremität. (Berlin. klin. Woch. 1910. 22.)

Nach Besprechung der Krankheitsbilder der spastischen zerebralen Hemiplegie und der Geburtslähmung mit ihrer verschiedenen Aetiologie (Plexusläsion, Epiphysenlösung, intrakapsuläre Humerusluxation) geht H. die therapeutischen Massnahmen durch: die starke Pronation des Vorderarms lässt sich durch einfache Ablösung des pronator teres vom Condylus int. humeri und vierwöchige Fixation des Vorderarms in Supination beseitigen. Die Klauenstellung der Hand wird durch Verkürzung der Extensoren und Verlängerung der Flexoren gebessert, allerdings oft nicht funktionell, sondern nur kosmetisch. Nerventransplantation (1/3 medianus auf radialis oder Anastomosenbildung) muss in schweren Fällen mit Verlängerung der kontrakten Antagonisten verbunden werden. Die Therapie der Geburtslähmung richtet sich nach der Ursache: bei Luxation, wenn möglich, Reposition, in anderen Fällen (Epiphysenlösung) quere Osteotomie des Humerus, Fixation in Aussenrotation und Abduktion. Nach seiner Erfahrung an 6 Fällen von Geburtslähmung kann H. die einfache Tenotomie der Innenrotatoren des Arms (namentlich des pectoralis major) empfehlen, betont aber die Wichtigkeit längerer 6 wöchiger Fixation des Arms in Abduktion, um den ge-



dehnten (und daher funktionsuntüchtigen) Hebern und Aussenrotatoren Gelegenheit zu geben, sich zu retrahieren und ihre Funktion wieder aufzunehmen: daher Gipsverband um Rumpf und Arm in horizontaler Abduktion, stärkster Aussenrotation des Oberarms, rechtwinklig flektiertem Ellenbogengelenk und stark supinierter Hand. Gute funktionelle Resultate. Die einmal ausgeführte Transplantation des teres major von der Spina tuberculi minoris auf das tuberculum majus erwies sich als unnötig. **Ewald**-Hamburg.

44) **Delorme.** Die Hemmungsbänder des Schultergelenkes und ihre Bedeutung für die Schulterluxationen. (Arch. für klin. Chiur. 92. Bd. I. H. p. 79.)

Verfasser hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die Bänder des Schultergelenkes an mehreren Präparaten zu studieren und seine Befunde mit denen früherer Autoren zu vergleichen. Dadurch konnte in die z. T. sehr von einander abweichenden Angaben der anatomischen und chirurgischen Lehrbücher Klärung gebracht werden. Verf. unterscheidet: das Lig. coraco-humerale, ein Lig. gleno-humer. sup., med. und infer. und einen hinteren Schrägfaserzug-Fasciculus obliq. Dem lig. gleno-humerale sup., das ein Gefäss führt, kommt keine Bedeutung als Halteband zu. Das wichtigste dafür ist das gleno-hum. med.

Für die Entstehung der häufigsten Formen der Schulterluxation (Luxatio subcorac. und axillar.) kommt folgender Mechanismus in Betracht. Bei Abduktion in Aussenrotation wird das Lig. gleno-hum. inf. angespannt, eingerissen oder abgerissen. An dieser Stelle also tritt der Kopf durch die Kapsel. Ist das Band nicht vollkommen zerrissen, so hindern die stehengebliebenen Fasern den Kopf am Hinauftreten, es bleibt eine Luxation axill., nur bei völliger Zerreissung kann die Lux. subcorac. zustande kommen.

Als Repositionsmethode kommt die anatomisch begründetste Rotations-Elevationsmethode nach Kocher in Betracht, wobei Verf. vor der Innenrotation, wenn der Arm sich in Abduktion, Aussenrotation und Ventralflexion befindet, noch einen Zug in der Längsrichtung einschaltet. Die bei dieser Reposition in Betracht kommenden Bänder sind das Lig. gleno-hum. med. und der hintere Schrägfaserzug. **Balsch**-Heidelberg.

45) **Abadie** u. **Pélissier** (Oran-Algier). Luxation congénitale de l'épaule. (Revue d'orth. 1910. 3.)

Neben den Schulterluxationen auf Grund einer Kinderlähmung oder einer Geburtslähmung sind die eigentlichen kongenitalen Schulter-



luxationen ungeheuer selten. Leichenversuche an Neugeborenen haben ergeben, dass man nie eine Luxation herstellen kann, immer eine Epiphysenlösung. Man muss Missbildung der Gelenkkomponenten annehmen.

Ein 7 j. Junge, der mit Zange entbunden war, und eine linkseitige Geburtslähmung hatte, die sich auf elektrische Behandlung besserte, zeigte bei der Untersuchung im 5. Lebensjahr eine Luxation des Humerus nach hinten. Die Muskulatur war in Ordnung, dagegen war von einer Ausbildung der Pfanne am Röntgenbild nichts zu konstatieren. Trotzdem eine passagere Plexuslähmung vorgelegen hat, halten die Autoren eine angeborene reine Luxation für wahrscheinlich, namentlich auf Grund des Röntgenbefundes. Die Plexuslähmung sei erst sekundär, infolge Nervendehnung, entstanden. Behandlung, da in diesem Fall die Funktion des Armes gut ist, keine.

Ewald-Hamburg.

46) **E. Markuse** (Berlin). Zur Behandlung der habituellen Schulterluxation. (Berlin. Klin. Woch. 1910. 15.)

Karewski hat noch nie nötig gehabt, zu Operationen seine Zuflucht zu nehmen. Meist gelingt eine genügend lange Immobilisation des Schultergelenks.

Bei einem 17 j. Jungen wurden durch elastische Züge die gefährlichen Bewegungen erschwert resp. gehemmt. Diese gehen von einem gepolsterten Halsring, der sich auf Clavicula und Scapula stützt, aus und werden mit Heftpflaster an dem Oberarm fixiert. Der Ring wird auf der gesunden Seite durch Achsel- und Schenkelschlinge in der richtigen Lage gehalten. Nach 2 monatigem Tragen der Schlinge trat in dem Fall keine Luxation mehr auf. **Ewald**-Hamburg.

47) **H. Elz.** Ueber Neurolyse bei den durch Humerusfrakturen bedingten Radialisparesen. (Bruns Btrge. f. klin. Chir. 68. Bd. 2. H. p. 394.)

Die häufigen bei Oberarmfrakturen beobachteten Radialisparesen sind einzuteilen

1. In solche primärer Natur, durch direkte Quetschung, Zerreissung etc. des Nerven unmittelbar im Anschluss an die Fraktur entstanden.

2. In solche sekundärer Natur durch Einbettung des Nerven in Narbengewebe oder Callusmasse.

Einen Uebergang zwischen beiden Formen bilden die Lähmungen durch langsame Dehnung des Nerven über Frakturvorsprünge. —

In allen Fällen, in denen die Lähmung nicht bald zurückgeht. besonders in denen der 1. Gruppe, oder eher zunimmt, ist Operation indiziert, dieselbe hat je nach Art der Lähmungsursache zu bestehen in Neurolyse, Paraneurotenotomie (Bardenheuer), Nervennaht u. a. Verf. bringt 5 Fälle aus der Klientel des Herrn G.-Rat Garré, in denen mit Erfolg die Neurolyse ausgeführt wurde, und empfiehlt daher dieses Vorgehen für die betr. Fälle.

Balsch-Heidelberg.

48) **Stewart L. Mc. Curdy** (Pittsburg). I. Bonewiring. II. Retroversion of an upper extremity, with operation for correction. (Americ. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. 4.)

I. Nach der Anfrischung der Frakturfragmente näht Verfasser dieselben nicht mit Silber-, sondern mit Eisendraht, erstens weil dieser besser hält, zweitens weil Eisen ein Bestandteil des menschlichen Körpers ist, also nicht so stark als Fremdkörper wirkt.

II. 18 jähriger Junge, dem infolge eines kongenitalen Abszesses (? Ref.) im Schultergelenk der rechte Arm so stark nach innen rotiert war, dass bei Beugung des Ellenbogens der Unterarm nach hinten ausschlug. In der Höhe des Deltoideusansatzes wurde der Humerus mit Giglisäge quer durchtrennt und dann das untere Fragment um 180° nach aussen gedreht. Heilung nach 90 Tagen.

Ewald-Hamburg.

49) **L. Dieulafé** (Toulouse). Traitement chirurgical des consolidations vicieuses des fractures sus-condyliennes de l'humérus. (Revue d'orth. 1910. 3.)

Die suprakondylären Humerusfrakturen heilen — namentlich bei Kindern — oft fehlerhaft oder mit übermässiger Callusproduktion, so dass nicht nur Bewegungsstörungen die Folge sind, sondern auch Druck auf die Gefässe und Nerven auf der Ellenbeuge- oder Streckseite entstehen kann. Meist — wie auch in dem Fall des Verf. — ragt das obere Fragment in die Ellenbeuge, das untere nach hinten heraus. Es kommt dann einerseits zur Callusbildung, andererseits aber auch zur Pseudarthrose. D. frischte nach Entfernung des Callus die Frakturenden an, stellte sie richtig zueinander und fixierte den Arm, der im Ellenbogengelenk spitzwinklig gebeugt war. Baldige Massage, passive und etwas später aktive Bewegungen. Als Resultat wird ein Ausschlag der Bewegungen von 55° auf 96° berichtet.

Ewald-Hamburg.



50) **Ch. F. Painter** (Boston). Congenital pronation of the forearms. (Americ journ. of surg. 1910. Bd. VII. 4.)

11 jähriges Mädchen mit rechts völligem, links fast völligem Mangel der Vorderarmsupination. Die Röntgenbilder ergeben rechts eine völlige Synostose zwischen dem oberen Radius- und Ulnaende, links eine partielle Fusion zwischen beiden Knochen. Da die Hände im Ganzen recht geschickt waren, wurde von einem operativen Eingriff Abstand genommen.

Ewald-Hamburg.

51) **Kienböck.** Die radio-ulnare Synostose. (Fortschritte aus dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Band XV, Heft 2.)

Eine seltene, mit Supinationshemmung einhergehende, angeborene Missbildung der Ellbogengegend ist die radio-ulnare Synostose, die mit oder ohne Radiusluxation vorkommt und als Hemmungsmissbildung anzusehen ist. Im Anschluss an 33 aus der Literatur gesammelte Fälle berichtet K. über 3 eigene Beobachtungen. Ein Ueberblick ergibt, dass die Fixierung des Vorderarms in Pronationsstellung und die Supinationshemmung das Kardinalsymptom darstellt. Zuweilen sind doch geringe Supinations- und Pronationsbewegungen möglich durch Drehung im Schulter-, Ellbogen- und Handgelenk infolge Erschlaffung der Gelenkkapsel. Der Radiusschaft ist in der oberen Hälfte kaum zu fühlen. Das Radiusköpfchen ist nach hinten subluxiert und meist verkleinert. Der Vorderarm ist häufig deutlich verkürzt. In einigen Fällen ist allerdings auch ein gut ausgebildetes Radiusköpfchen an normaler Stelle zu finden. Sichergestellt wird die klinische Diagnose erst durch das Röntgenbild, das Exostosenbildung und straffe Syndesmose ausschliessen lässt. Meist findet man eine Synostose von 2,5—4 cm Längsausdehnung im Ueberkreuzungsgebiet der Vorderarmknochen bei Pronation. Die Tuberositas radii bildet dann die Mitte, der obere Teil des Radius ist frei und das Köpfchen meist luxiert. Rais unterscheidet 2 Formen: die reine Synostose ohne weitere Deformation und die Synostose mit Elongation, Deformation und Luxation des Radius. Letztere Form ist häufiger und weist auch Fälle mit starker deformierender Arthritis auf.

Die Synostose war in der Mehrzahl allein ohne andere Deformitäten vorhanden, zuweilen mit einer Missbildung an der Hand kombiniert. Sie ist in der Hälfte der Fälle doppelseitig, im übrigen am rechten und linken Arm gleich häufig.

Zander-Heidelberg.



52) **Schlichting.** Ueber das harte traumatische Handrückenödem. (Mit 3 Abbildungen.) (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1910. S. 315 ff.)

Beschreibung des mit Ausnahme einzelner Symptome von allen Autoren übereinstimmend geschilderten Krankheitsbildes dieser Affektion: Im Anschluss an eine Handverletzung leichterer Art, die zu keinem Knochenbruch geführt hatte, ein hartes Oedem am Handrücken und den anschliessenden dorsalen Fingerflächen, das zu beträchtlicher Versteifung der Finger führte, schliesslich aber gewöhnlich, wenn auch langsam heilte. Die Aetiologie ist unklar.

Sch. beschreibt dann ausführlich einen von ihm beobachteten Fall: Alsbald nach einer oberflächlichen Handverletzung trat das Oedem auf, das jeder Behandlung trotzte und schliesslich zur völligen Unbrauchbarkeit der Hand führte. Im Röntgenbild war ein Knochenbruch nicht nachweisbar. Erst später trat am 3. Mittelhandknochen ein Schatten und weiterhin eine allgemeine Atrophie der Handknochen auf.

Sch. glaubt in seinem Falle wenigstens Selbstverstümmelung als Ursache der Erkrankung ansehen zu müssen. Darin bestärkt ihn ein bei der vorgenommenen Operation aufgefundener, unter den Sehnen des Ext. digit. commun. liegender Schleimbeutel. Sch. meint nun, dass sein Pat. die verletzte Stelle seines Handrückens „durch Reiben misshandelt“ und so die Affektion künstlich erzeugt habe.

Natzler-Heidelberg.

53) **Gaugele** (Zwickau). Gibt es eine genuine Madelungsche Handgelenksdeformität? (Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. XXIV Heft 3—4, S. 462.)

G. wendet sich gegen die Ausführungen Ewalds im vorigen Heft der Zeitschrift, dass der Symptomenkomplex der Madelungschen Deformität sowohl als Folgeerscheinung von Verletzungen etc. als auch als Krankheit sui generis und zwar angeboren vorkomme. G. ist der Meinung, dass das chronische Trauma der Arbeit das Wesentliche bei der Entstehung der Deformität sei und sucht diese Ansicht durch 4 weitere Fälle zu stützen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

54) **H. Hilgenreiner** (Prag). Zur operativen Behandlung der Daumenscheere. (Münch. med. Woch. 1910. 16.)

4 jähriges Mädchen, rechterseits auf dem I. Metakarpale 2 dreigliedrige Daumen, links ein dreigliedriger Daumen. H. frischte die



einanderzugekehrten Seiten der beiden Daumen an und vereinigte sie. Gutes kosmetisches und funktionelles Resultat. **Ewald**-Hamburg.

55) **Preiser.** Ueber eine typische posttraumatische und meist zur Spontanfraktur führende Ostitis navicularis carpi. (Zentralblatt für Chirurgie. Nr. 28. 1910. S. 929 ff.)

P. macht auf eine bis jetzt nicht beschriebene, aber anscheinend nicht besonders seltene Affektion am Kahnbein aufmerksam: Nach Sturz auf die Hand-Schwellung, leichte Beschränkung der Beweglichkeit, Druckschmerz in der Kahnbeingegend. Im Röntgenbild zuerst nur „Aufhellung“ im Kahnbein, später deutliches Bild einer Fraktur desselben. Aetiologie nach P. wahrscheinlich primäre Bandabreissung des lig. navi-lunatum, dadurch Ausserernährungsetzung des zentralen Kahnbeins, was wiederum eine rarefizierende Ostitis des Kahnbeins zur Folge hat, die zur Spontanfraktur führt.

Die ausführliche Arbeit soll in den Fortschritten auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen gebracht werden. **Natzler**-Heidelberg.

56) **F. Sievert** (Leipzig). Seltener Fall von Volarluxationsstellung des Radiokarpalgelenks bei gleichzeitiger Fraktur der unteren Radiusepiphyse und des Proc. styl. ulnae. (Münch. med. Woch. 1910. 16.)

Die Verletzung, die durch Fall auf den Handrücken mit nachfolgender Fixation der Hand entstanden war, ist durch Röntgenstrahlen diagnostiziert worden. Die Hand und Finger blieben dauernd sehr in der Funktionsfähigkeit beeinträchtigt. **Ewald**-Hamburg.

57) **Dreifuss** (Hamburg). Ein Fall von angeborenem Riesenwuchs des Zeigefingers. (Zeitschrift für orthop. Chirurgie XXIV. Bd. 3—4. Heft S. 538.)

Bei dem rechten Zeigefinger des Patienten handelte es sich um eine Hypertrophie aller Gewebe und eine ulnare Abweichung des Nagelgliedes. Da der Finger bei der Arbeit hinderte, so wurde das distale Glied entfernt und die Weichteile des Fingers durch eine Teilexzision verkleinert. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

58) **Dupuy de Frenelle.** Appareil à extension continue pour réduction et contention des fractures des doigts (Apparat zur Extensionsbehandlung der Fingerfrakturen). (La médecine des accidents du travail. Bd. VIII, Nr. 1, S. 26.)

Verf. beschreibt seinen Apparat zur Extensionsbehandlung der Fingerfrakturen, bestehend aus zwei schlittenartig gegeneinander ver-



schieblichen Schienen, von denen die eine am Handgelenk befestigt wird, während die andere durch Heftpflaster an das Nagelglied des Fingers anbandagiert wird. Die Extension wird durch Federkraft bewirkt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

59) **J. Riedinger** (Würzburg). Zur Frage der Entstehung und Behandlung der paralytischen Luxation des Oberschenkels nach vorn. (Arch. für Orth., Mechanother. und Unfallchirurgie 1910. Bd. VIII. 3.)

Bei der paralytischen Luxation des Hüftgelenks handelt es sich meistens um eine L. infrapubica, die sich R. rein mechanisch entstanden denkt. In den meisten Fällen handelt es sich überhaupt nur um eine Subluxation. Bezgl. der Therapie sind blutige (Karewski) und unblutige Einrenkung (Schultze-Duisburg) nach vorheriger Tenotomie des Tensor fasciae latae und event. der Spinamuskeln empfohlen worden, ferner das Redressement mit Gipsverband (Böcker), schliesslich die intertrochantere Osteotomie (Vulpius). Die unblutige Reposition ist das rationellste Verfahren, die Tenotomie nicht immer nötig, wenn infolge der Retraktion die Weichteile die Einrenkung auch manchmal sehr erschweren können und dann natürlich durchschnitten werden müssen. (Fall, wo erst nach Femurbruch im oberen Drittel der Kopf in die Pfanne ging!)

Das unblutige Verfahren bei Kindern ist eine der dankbarsten Aufgaben der orthopädischen Chirurgie. Zwei Krankengeschichten mit doppelseitiger Subluxatio infrapubica bei Handgängern (Lähmung beider Beine). Behandlung: Repositionsmanöver in Narkose, bis genügende Adduktion und Extension erreicht war. Gipsverband, nachher einfacher Stützapparat. 1 Kind geht ohne Stock, 1 mit einem Stock.

Ewald-Hamburg.

60) **Coville** (Orléans). Luxation congénitale de la hanche avec déformation extrème et impotence fonctionelle grave. (Revue d'orth. 1910. 3.)

Ein 14j. Mädchen mit doppelseitiger Hüftluxation hatte so starke Flexions- und Adduktionskontrakturen bekommen, dass sie ganz hilflos geworden war. Durch quere subtrochantere Osteotomien wurden die Beine günstiger gestellt, so dass Pat. sich ohne Hilfe genügend lange ohne Beschwerden fortbewegen konnte. **Ewald**-Hamburg.



61) **M. J. Gourdon.** Les causes anatomiques entravant la réduction des luxations congénitales de la hanche ou favorisant la reluxation après la réduction. (Gazette des hôpitaux. Nr. 74.)

Der Reposition angeborener Hüftluxationen stellen sich oft Hindernisse entgegen, die zum geringeren Teil in den Weichteilen, hauptsächlich aber in den knöchernen Teilen ihren Sitz haben. Erstere bestehen in der Retraktion der Muskeln und der Kapsel. Zur Dehnung der Kapsel empfiehlt G. die unmittelbar vor der Reposition vorgenommenen Extension in der Längsrichtung und dann die Herbeiführung von Abduktion und leichter Hyperextension. Als Angriffspunkt für die allmähliche Abduktion wähle man die Mitte des Oberschenkels.

Die knöchernen Widerstände bestehen in Vorsprüngen des hinteren unteren Pfannenrandes, Verkürzung und Verbiegung des Collum und Atrophie des Kopfes. Zu empfehlen ist die Dehnung der Adduktoren, ferner ist während der ganzen Reposition zu extendieren und mit starker Flexion des Oberschenkels zu beginnen. Bei Anteversion des Schenkelhalses soll man Druck auf den Trochanter und Aussenrotation anwenden und aus Adduktion und Flexion in Abduktion und Hyperextension übergehen.

Als Ursachen der Reluxation stellt G. hin: schlechte Ausbildung des hinteren oberen Pfannenrandes, der Zug der Adduktoren an der Femurdiaphyse, besonders bei älteren Kindern, ferner die Wirkung des Ileopsoas, der eine Lordose hervorrufen soll, sodass infolge der Körperlast das Becken nach vorn und das Femur nach hinten zu verlagert wird. Im ersten Verband also mindestens 90° Abduktion. Dieser bleibt mindestens 4 Monate liegen. Nach der Abnahme müssen monatelang Abduktionsübungen ausgeführt werden.

Zander-Heidelberg.

62) **Waldenström** (Stockholm). Der obere tuberkulöse Collumherd. (Zeitschrift für orth. Chirurgie XXV. Bd. 3—4. Heft S. 487.)

W. hat nach dem Studium der Röntgenbilder festgestellt, dass es sich in manchem Falle von Coxa vara um einen tuberkulösen Heerd im Schenkelhals handelte, wobei infolge der Erweichung des Halses und des Kopfes das Kollum die Varusform angenommen hatte. Die beobachteten Patienten waren alle unter neun Jahren alt. Der Verlauf war ein recht langwieriger, aber relativ gutartiger, weil der obere Teil des Kollum in diesem Alter von einer Knorpelschicht bedeckt wird, die eine Verbindung zwischen



Trochanterknorpel und dem Gelenkknorpel des Caput bildet und so eine Weiterverbreitung des Prozesses auf das Gelenk sehr erschwert.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

63) **H. Lauchmann.** Zur Behandlung der Coxa vara. (Bruns Btrge. zur klinisch. Chir. 68. Bd. 2. H. p. 474.)

Verf. teilt einen Fall von Coxa-varabildung aus der Greifswalder chirurg. Klinik mit, in dem Flexion und Innenrotation durch eine extrakapsulär gelegene Knochenauftreibung am vorderen, oberen Quadranten des Schenkelhalses stark behindert war. Durch Abmeisselung dieses Vorsprunges vom Hüterschen Schnitt aus wurde die Funktion wesentlich gebessert. — Für ähnlich gelagerte Fälle empfiehlt sich dieses Vorgehen.

Balsch-Heidelberg.

64) **Erb** (Heidelberg). Klinische Beiträge zur Pathologie des intermittierenden Hinkens (Dysbasia angiosclerotica) (Münch. med. Woch. 1910. 21.)

Bericht über 38 neue Fälle des von E. aufgestellten Krankheitsbildes, das anscheinend in den niederen Ständen und bei Frauen sehr selten ist. Das Leiden ist bekanntlich durch die Arteriosklerose der Unterschenkelarterien (Pulsschwäche, resp. -Verschwinden!) bedingt, deren Entstehung muss in Zusammenhang stehen mit Alkoholgenuss, mehr noch mit Kälteschädlichkeiten, am meisten aber mit dem Tabakgenuss. Unter 35 Fällen hatten 19 stark bis enorm stark geraucht (10—20 Zigarren, 30—60 Zigarretten). In 8 Fällen waren gar keine positiven Schädlichkeiten aufzufinden (ausser allgemeinen Ursachen der Arteriosklerose). Die Arteriosklerose war in 5 Fällen nicht nachweisbar, aber wohl vorhanden. (Erb hat mehrere Fälle von i. H. gesehen, wo sie sich unter mehrjähriger Beobachtung entwickelte.) — Vasomotorische Störungen sind meistens vorhanden, scheinen Erb aber nur Begleitsymptom zu sein.

Die Diagnose wird immer noch viel zu selten gestellt; Verwechslungen mit Ischias, Venenthrombose, Plattfuss (!), Hysterie usw. sind häufig; die Kontrolle des Fusspulses schützt vor Irrtümern. Die Prognose ist nicht sehr schlimm; es ist niemals in den Fällen zu Gangrän gekommen, erhebliche Besserungen waren die Regel.

Die Behandlung bestand in Darreichung von Jodpräparaten (Jodnatrium, Sajodin, Jodglidin, Jodipin) zur Beeinflussung der Arteriosklerose, galvanischen Fussbädern (warm, nicht heiss!), Hochlagerung der Beine, Entfernung der ursächlichen Momente (Kälte, Alkohol, Tabak). Aspirin in kleinen Dosen 0,25—0,5 hatte öfter überraschenden



Erfolg. Zunächst immer völlige Bettruhe, erst wenn Besserung da, gymnastische und Gehübungen. **Ewald**-Hamburg.

65) **J. Ridlon** (Chicago). A report of two unusual results following fracture of the shaft of the femur. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. 4.)

18 jähriges Mädchen, vor 5 Jahren Femurfraktur im oberen Drittel, Pseudarthrose wegen Muskelinterposition, Operation, Catgutnaht, Extensionsverband. Jetzt ist das verletzte Bein um $2^1/_4$ Zoll länger als das andere. An der Operationsstelle eine keloidartige Narbe. Im II. Fall war bei einem 14 jährigen Jungen eine Femurfraktur deform geheilt, wurde 6 Wochen später wieder gebrochen und in Extensionsverband gelegt. Nach 6 Wochen Heilung. Bei einer Untersuchung 22 Wochen nach dem Unfall ist das gebrochene Bein $^3/_4$ Zoll länger als das gesunde. R. schliesst daraus, dass das Knochenlängenwachstum nicht nur an den Epiphysenlinien statthabe, sondern auch an der Diaphyse. (Die Distraktion der Fragmente durch die Extension dürfte die Verlängerung plausibler erklären, Ref.) **Ewald**-Hamburg.

66) **M. Katzenstein** (Berlin). Ueber eine Periost-Knochentransplantation in einen durch Resektion verursachten Femurdefekt. (Berl. Klin. Woch. 1910. 14.)

15 j. Junge mit faustgrossem Femursarkom, nach Fall entstanden. Tumor reicht bis zur unteren Epiphysenlinie. Resektion des erkrankten Knochens, — 13 cm lang. Aus der rechten Tibia wird ein 15 cm langer, 2 cm breiter, 1—2 mm dicker Periostknochenlappen herausgemeisselt und in die ausgehöhlten Markhöhlen der beiden Femurfragmente überpflanzt. Muskel — Fascien — Hautnaht — Gipsverband ohne Unterpolsterung. Nach 3 Monaten entfernt. Knochen ist eingeheilt und dicker geworden. Thomasschiene, die schon nach weiteren 2 Monaten wegblieb. Der Junge konnte schon damals Feldarbeiten verrichten; jetzt kann das Knie spitzwinklig gebeugt werden, und kann ebenso wie das gesunde Bein belastet werden. Die Dicke des überpflanzten Knochens hat um das vielfache der ursprünglichen Stärke zugenommen (Röntgenbilder). **Ewald**-Hamburg.

67) **Denis G. Zesas** (Lausanne). Beiträge zur Pathologie der Kniescheibe. (Arch. für Orthop., Mechanotherapie und Unfallchir. 1910. Bd. VIII. 3.)

Bei einem 39 jährig. Kaufmann blieb die Diagnose eines schmerzhaften Patellartumors lange Zeit unklar (Tuberkulose, Sarkom?), bis an der Vorderfläche des Schienbeinkopfs der anderen Seite eine schmerz-

hafte Vertreibung auftrat, die zu einer probeweisen Schmierkur Veranlassung gab. Baldiges Verschwinden der Schmerzen und Auftreibungen an beiden Stellen bestätigte die Diagnose tertiäre Lues.

Im Anschluss an diesen Fall 19 Krankengeschichten von Kniescheibensarkom aus der Litteratur. Einige Fälle zeigen, dass nach Exstirpation der Patella weder ein Rezidiv aufgetreten noch die Funktion des Kniegelenks gestört war.

Ewald-Hamburg.

68) **L. Chevrier** (Paris). Hémarthrose du genou par fissures multiples du fémur. (Revue d'orth. 1910. 3.)

Ein dreissigjähriger Mann hatte nach Fall einen Bluterguss im Knie akquiriert. Da der Mann noch laufen konnte, wurde eine ernstere Knochenverletzung ausgeschlossen. Trotzdem zeigte das Röntgenbild mehrere Längs- und Querfissuren des unteren Femurendes, die z. T. bis zum Gelenk reichten. Klinisch ausser dem Hämarthros nichts festzustellen. Heilung nach kurzer Immobilisation und 4 wöchiger Bettruhe.

Ewald-Hamburg.

69) **Kofmann** (Odessa). Ein Fall von kongenitalem Fibuladefekt kombiniert mit vollständiger Aplasie der anderen Seite. (Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. XXIV, Heft 3—4, S. 541.)

Bei K.'s Patient stand der Fuss in starker Equinusstellung und war seitlich und hinter der Tibia placiert. Die beiden lateralen Zehen fehlten. Das Knie stand in Beugekontraktur. Auf der anderen Seite fehlte der Unterschenkel völlig. Arthrodese des Fussgelenks und Streckung des Kniegelenks nach Tenotomie der Flexoren sowie die Anlegung einer Prothese auf der anderen Seite zum Ersatz des fehlenden Unterschenkels gaben dem Pat. eine gute Fortbewegungsfähigkeit. Aetiologisch hält Verf. die Entstehung durch amniotische Verwachsungen für möglich.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

70) **Grunert.** Indirekte Frakturen des Fibulaschaftes. (Mit 4 Abbildungen.) (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1910. S. 397 ff.)

Indirekte Frakturen des Fibulaschaftes wurden bisher als sehr selten angesehen. In letzter Zeit haben Militärärzte eine Reihe von Fällen beschrieben, welche die Affektion doch nicht als gar so selten erscheinen lassen. Die Eigentümlichkeit des Militärdienstes — intensive sportliche Tätigkeit, welche die Beine beansprucht, würde das gleiche bewirken — bringt es mit sich, dass die an und für sich nicht gar zu starken Beschwerden, welche diese Frakturen machen, bedeutend



gesteigert werden. Deswegen sind die indirekten Fibulabrüche bis jetzt hauptsächlich beim Militär beobachtet worden.

G. bringt 4 Fälle. Die Symptome recht wenig charakteristisch: Im allgemeinen Schmerzen im Unterschenkel, Anschwellung, Druckschmerz. Nur einmal Knarren. Das Röntgenbild sichert jedesmal die Diagnose.

G. meint — im Gegensatz zu Hopfengärtner, der Biegungsbrüche annimmt — dass es sich bei den in Frage stehenden Brüchen meist um Torsionsbrüche handelt.

Die Prognose ist so gut, dass die von G. mitgeteilten 4 Fälle z. B. alle dienstfähig blieben. **Natzler**-Heidelberg.

71) **Ewald** (Hamburg). Ueber die Luxation im Lisfranc'schen Gelenk. (Berl. Klin. Woch. 1910. 14.)

Krankengeschichte eines Falls dieser seltenen Verletzung, die schon vor 14 Jahren entstanden, aber wegen Verkennen nicht reponiert war. Ueberraschend gute Gehfähigkeit. **Ewald**-Hamburg.

72) **Mannino.** Risultati morfologici e funzionali dell'astragalectomia per lesioni traumatiche. (Tip. La Sicilia, Catania 1910.)

Verf. beschreibt eine Luxation, bei der die unblutige Reposition gescheitert war. Das durch die Astragalektomie erzielte Resultat gab minimale Verkürzung und Erhaltung der physiologischen Streck- und Beugebewegungen des Fusses. **Buccheri**-Palermo.

73) **R. Sarazin.** Beiträge zur Entstehung und Behandlung des Calcaneusspornes. (D. Zeitschr. f. Chir. 102. Bd. 4.—6. H. p. 399.)

Verf. wendet sich gegen die verschiedenen Theorien der Entstehungsweise des Calcaneusspornes, die in einer Entzündung (Gonorrhoe, Rheumatismus, Arteriosklerose, posttraumat. Periostitis) der Plantarfaszien resp. des Periostes die Ursache der Sporenbildung annehmen. Viel wahrscheinlicher scheint ihm der Sporn als Skelettvariation d. h. als besonders stark ausgebildeter Proc. medialis des Tuber calcanei aufzufassen zu sein; dafür spricht auch der von ihm erhobene mikroskop. Befund, der eine kontinuierliche Fortsetzung von Spongiosa und Compacta des Calcaneus in den Sporn hinein ergab. Entzündliche Veränderungen fehlten. — Die durch den Sporn verursachten Beschwerden sind nach Verf. meistens durch eine Entzündung des über dem Sporn liegenden Schleimbeutels bedingt. Beim Plattfuss spielt die veränderte Stellung des Calcaneus



eine Rolle, wodurch der Sporn senkrecht zur Unterlage zu stehen kommt. — Die Therapie soll nach Verf. möglichst lange konservativ sein und gibt er dafür einen Gummiluftring in Form eines Fersenkissens an, mit dem die Beschwerden meist völlig behoben werden könnten. **Balsch**-Heidelberg.

74) **Peltesohn.** Zur Kenntnis des Pes calcaneus traumaticus. (Arch. für klin. Chir. 92. Bd. 1. H.)

Im Anschluss an einen Fall aus der orthop. Universitäts-Poliklinik in Berlin, in dem sich nach Durchschneidung der Achillessehne ein Pes calcaneus sensu strictiori (nach Nicoladoni) ausgebildet hatte, gibt Verf. eine genaue Schilderung und Erklärung der anatomischen und funktionellen Veränderungen, die dabei auftreten. Durch den Wegfall des normalen Zuges der Achillessehne wird durch den Zug der Plantarmuskeln eine Bewegung des Kalkaneus und mit ihm des Talus im Sinne der Dorsalflexion bedingt. Die dadurch bedingte Skelettveränderung — die Metatarsi sind im Gegensatz zum Kalkaneus stärker als normal volarflektiert — lässt sich auf Röntgenbildern sehr deutlich erkennen. Eine Strukturveränderung zeigten die Knochen jedoch nicht, nur in den äusseren Konturen wird der Kalkaneus verändert. Die in mehreren Fällen von Pes calcaneus zu beobachtende Valgusstellung des Fusses erklärt Verf. durch den Wegfall der supinierenden Wirkung des Musc. triceps surae., wodurch die Pronatoren das Uebergewicht bekommen. Ein weiteres auffallendes Symptom beim Pes calcaneus ist die Verkürzung des Muskelbauches der Wadenmuskeln mit gleichzeitiger Verlängerung der Sehne, die Verf. mit Joachimsthal als selbstregulatorischen Vorgang auffasst, wenn der zum Ansatz eines Muskels dienende Knochenvorsprung verkürzt und damit der Hebelarm kleiner wird. Die dorsale Drehung des Kalkaneus mit der Verlagerung des Sehnenansatzes plantarwärts verursacht nur die geringere Exkursionsbreite und damit die Verkürzung des Muskels. **Balsch**-Heidelberg.

75) **A. H. Williams** (Hartford). Static foot error in private practice. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII, 4.)

Interessante statistische Mitteilungen über Fussbeschwerden bei 300 gut situierten Patienten vom 12.—80. Lebensjahr. (Neger. Kinder unter 12 Jahren, alle Traumen und Entzündungen wurden weggelassen.) Das Referat kann nur einige Daten geben. Es handelt sich bei den 300 Fällen um 71% Frauen, 29% Männer: die Hälfte bekam vor dem 40. Jahr Beschwerden (bei Armen ⅔!)



Meist war ein Knick- oder Plattfuss schon lange vor Eintritt der Beschwerden vorhanden. (Ein Knickfuss existiert überhaupt bei über der Hälfte der Bevölkerung, ausgenommen sind davon die eingewanderten Südeuropäer und Asiaten!) Die Hälfte der Patienten war schon früher, aber falsch behandelt worden. Als direkte Ursache der Beschwerden wurde in 35 % der Fälle kurz vorhergehendes Krankenlager, Schwächung des Gesamtorganismus konstatiert. In 50 % wurde ein mässiger Hallux valgus gefunden, in 36 Fällen ein schwerer. Körpergewicht, Beschäftigung, Fussform scheinen keinen grossen Einfluss auf die Herausbildung der Beschwerden zu haben. In 95 % stand der Fuss in Pronation, nur in 5 % war er normal; in 39 % war das Fussgewölbe verschwunden. In 70 % waren Oedeme nachzuweiseu, in 51 % Beschränkung der Beweglichkeit. Die Beschwerden wurden meist in der Nähe des Talo-navicular-gelenks angegeben, öfter war aber auch Unterschenkel (24 %), Knie (18 %), Oberschenkel (8 %), Hüfte (2 %) und Kreuz (8 %) Sitz von Schmerzen.

Behandlung: Einlagen wendet Verf. nicht in jedem Fall an, sondern legt das Hauptgewicht auf gutes Schuhwerk und auf aktive Uebungen. Häufig muss er die Kontraktur der Muskeln erst durch Heftpflasterverbände beseitigen. Ein Jahr nach Beginn der Behandlung waren von 219 Patienten 85 % ohne Beschwerden, auch diejenigen, die nach einiger Zeit die Einlagen weggelassen hatten. Nicht gebessert waren nur 9 Patienten.

An 90 neueingetretenen Schwestern stellte Verf. in 76,5 % Pedes valgi, in 36 % Pedes plani fest. Er behandelte sie prophylaktisch mit Verabreichung passender Schuhe und Uebungen mit dem Erfolg, dass nur in ganz wenigen Fällen leichte, vorübergehende Plattfussbeschwerden auftraten.

Einlagen gibt Verf. jetzt nur bei alten oder schwachen Patienten, die nicht üben können, 2. bei denen, die keine Zeit für eine Behandlung haben, 3. und vorübergehend bei plötzlich einsetzenden Schmerzen, Fixation und Metatarsalgie. **Ewald**-Hamburg.

76) **H. Winnet Orr** (Lincoln Nebraska). The role of the foot and leg muscles in flat-foot. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII, 4.)

Der Plattfuss entsteht nach Verf. Ansicht infolge Schwäche bestimmter Unterschenkel- und Fussmuskeln (namentlich tibial. ant. und post., flexor hallucis, adductor und abductor hallucis); durch die Pronationsstellung des Fusses würden sie noch mehr überstreckt,



und, wie jeder überdehnte Muskel, funktionsuntüchtig. Gleichzeitig verkürzen sich aber die Peroneen, setzen jeder aktiven und passiven Supination des Fusses in hochgradigen Fällen unüberwindlichen Widerstand entgegen und machen die Deformität infolge ihres andauernden Spasmus immer hochgradiger.

Das wichtigste bei der Behandlung ist darum die Wiederherstellung des Muskelgleichgewichts, sonst muss jede Therapie von vornherein fehlschlagen.

Daher sollen die Pronatoren (Peroneen) tenotomiert werden, darauf ein Gipsverband in Supinationsstellung des Fusses gemacht werden, damit die erschlafften Supinatoren sich verkürzen können.

Ewald-Hamburg.

77) **Riedl.** Die Erfolge der Operation des Plattfusses nach der Methode von Gleich-Brenner. (Arch. f. kl. Chir. 92. Bd. 2. H. S. 415.)

Beschreibung der Gleich-Brennerschen Operation: Der Fuss wird bei gebeugtem Knie mit der Aussenfläche auf ein festes Polster gelagert. Unter Blutleere wird ein Schrägschnitt fingerbreit hinter dem Mall. int. über die Innenfläche des Calcaneus bis auf den Knochen gemacht und dieser schräg nach hinten oben und aussen durchmeisselt. Der Fersenhöcker wird nun nach innen verschoben, wobei auch eine geringe Verschiebung nach vorne und unten erfolgt. Von der Achillotenotomie wird meist abgesehen. 3—4 Wochen Gipsverband. Auftreten erfolgt 1—2 Wochen später.

Das Fersenstück muss möglichst breit sein und der Knochenschnitt nicht zu schräg angelegt werden. Die Schnittführung von der Innenseite her empfiehlt sich, um Gefässverletzungen zu vermeiden.

Bericht über die Erfolge der Operation seit 1893 im städt. Krankenhaus zu Linz a. D. 37 Personen im Durchschnittsalter von 20 Jahren wurden operiert, 20 einseitig und 17 doppelseitig. Achillotenotomie in 6 Fällen. 31 Fälle wurden 1909 der Nachuntersuchung unterzogen; es waren 87% geheilt und 13% gebessert.

Während bei Plattfüssen die normale Innenneigung und Innenkrümmung des Calcaneus mehr oder minder verloren gegangen ist, war bei den geheilten Fällen stets eine Innenverschiebung und Einwärtsdrehung des Fersenhöckers nachweisbar und die starke Pronationsstellung des Fusses stets geringer geworden; dagegen ergab sich keine wesentliche Verbesserung der Fussform hinsichtlich der Fusswölbung. In 2 Fällen mit Achillotenotomie bestand eine geringe



Verschiebung des Fersenhöckers nach unten, doch auch ohne Verbesserung der Fussform.

Verf. betont auf Grund der Resultate, dass die blosse Innenverschiebung des durch Osteotomie abgetrennten Fersenhöckers genügt, um selbst hochgradige, konservativer Behandlung trotzende Plattfussbeschwerden dauernd zum Verschwinden zu bringen. Die Verlagerung des Fersenhöckers nach unten nach Achillotenotomie und Nagelung der Knochenstücke sind nicht notwendig.

Zander-Heidelberg.

78) **B. Bartow** (Buffalo). Operative remodelling of the tarsus for the immediate correction of severe and relapsed forms of club-foot. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII. 4.)

Gegenüber dem manchmal Zeit, Mühe und Geduld erfordernden modellierenden Redressement empfiehlt B. die Aushöhlung des Taluskörpers und Halses, eventuell auch des Kalkaneus und Os cuboideum. Der Fuss lässt sich dann mit Leichtigkeit reponieren und behält seine volle Beweglichkeit, da die Gelenkflächen erhalten bleiben. Notwendig ist immer eine Tenotomie der Achillessehne; manchmal hat B. vorher noch die Phelpssche Operation gemacht. Nach 4—6 wöchigem Gipsverband können die Kinder ohne Nachbehandlung oder Schiene laufen. Die Stiefelsohle soll aussen erhöht werden. Auch beim hochgradigen paralytischen Klumpfuss ist manchmal die Aushöhlung des Talus angezeigt.

Ewald-Hamburg.

79) **E. H. Bradford** (Boston). An appliance for the correction of resistant club-foot. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

Zur Korrektion des Klump-Spitzfusses rät B., den Patienten auf den Bauch zu legen, das Knie gebeugt vom Assistenten halten zu lassen und in dieser Stellung den Vorderfuss im Sinne einer Dorsalflexion und Pronation zu korrigieren. Ein einfacher Apparat, dessen Beschreibung im Referat nicht möglich ist, erleichtert das Herüberhebeln auch des Calcaneus und Cuboid in die korrigierte Stellung.

Ewald-Hamburg.

80) **R. Tunstall** (Taylor). Single-strap brace for talipes equino varus. (Americ. journ. of orth. surg. 1909. Bd. VII. 2.)

Schiene zur Nachbehandlung des pes equino-varus. Sohlenplatte, die den Fuss in Abduktion hält, Innenschiene mit Fussscharnier mit Hemmung gegen Plantarflexion, Riemen, der den Fuss auf der Sohlenplatte in überkorrigierter Stellung hält. Die Schiene kann im Stiefel getragen werden.

Ewald-Hamburg.



Kongress- und Vereinsnachrichten.

81) III. internationaler Kongress der Physiotherapie in Paris. (29. März — 2. April 1910.)

(Gazette des hôpitaux 1910. 44—47.)

Die Erörterungen über Massage, Hydrotherapie und Elektrizität bieten — soweit es die Orthopädie angeht — nichts wesentlich neues.

Ueber die angeborene Hüftverrenkung äussern sich Lorenz (Wien), Kirmisson (Paris) in gleicher Weise über die Indikation; man soll die Kinder möglichst im 4.—6. Jahre operieren.

Calot (Berck) reponiert früher, ja schon im ersten Lebensjahr und stellt geheilte Fälle vor. Blutig soll erst nach mehrfachem vergeblichen Versuch der unblutigen Reposition vorgegangen werden. Die einseitige Luxation kann fast immer, die doppelte sehr häufig geheilt werden. Man soll einzeitig reponieren.

Rédard und **Badin** berichten über Modifikationen bei der Einrenkung und Nachbehandlung. Mencière (Reims) zeigt seinen Metallhebel. Codet-Boisse (Bordeaux) weist an der Hand von Röntgenbildern auf die Wichtigkeit der Innenrotation hin.

Bezüglich der Skoliose weist Privat (Paris) auf die Notwendigkeit der Korsettbehandlung hin, Rédard (Paris) betont daneben die Wichtigkeit der Gymnastik. Mencière (Reims) zeigt einen Apparat, der den Thorax umformen soll. Ménard (Paris) hält die Gymnastik für ausreichend, Scholder (Lausanne) zeigt an graphischen Darstellungen die Gefahr des Korsetts, das zur Atrophie, Ankylose und Torsionsvermehrung führt. Roederer (Paris) will mehr Wert auf die Allgemeinbehandlung als auf die Skoliosenbehandlung legen. Das Korsett sei nur ein Notbehelf, die Uebungen dürften nie vernachlässigt werden. Konindjy (Paris) will die Muskeln der konvexen Seite massiert haben, damit diese die Skoliose korrigieren.

Inbetreff des Plattfusses bemerkt Derscheid-Delcour (Belgien), dass er bei einem Drittel der Kinder von 6—13 Jahren schon vorhanden sei.

Die Ischias behandelt Petren (Upsala) mit Heissluft, Massage und Dehnung. — Sehr gute Erfolge.

Faure (La Malon) macht auf die Erfolge seiner mediko-mechanischen Behandlungsmethode bei Littlescher Krankheit aufmerksam. Konindjy hatte diese ebenfalls angewandt, aber nur bei ganz jungen Kindern. Mencière (Reims) behauptet, ohne Tenotomien nicht auskommen zu können, bei der Kinderlähmung mache er auch Ueberpflanzungen. Laquerrière (Paris) rühmt hier den faradischen Strom zur Belebung der paralytischen Muskeln.

82) **Peltesohn.** Gesellsch. der Charitéärzte. 18. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. 10.)

Demonstration zweier Kinder mit Röntgenbildern, die eine ungewöhnliche Form von Wachstumsstörung erkennen lassen: die Extremitäten sind kurz und plump, auf den Röntgenbildern sieht man an den Epiphysen teils keine, teils mangelhafte Verknöcherung, die Epiphysenlinien sind unregelmässig und zeigen einzelne Ossifikationspunkte. Die Epiphysenerkrankung betrifft in einem Falle nur einzelne Röhrenknochen, in anderen alle. Neben den Epiphysenun-



regelmässigkeiten erkennt man eine Verbreiterung der Meta- und Diaphysen, Die Bilder erinnern teils an Kretinismus, teils an Chondrodystrophia foetalis, teils auch an Lues congenita. Doch handelt es sich um keine Kretins, ferner ist das Leiden erst postnatal aufgetreten, schliesslich fiel die Wassermannsche Reaktion negativ aus.

83) **R. Maiers.** Ges. d. Charitéärzte in Berlin 18. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1010. 10.)

Kind von 6 Jahren mit multiplen Frakturen (Osteopsathyrosis idiopathica), Vorspringen des Hinterhaupts und der Stirnhöcker, Kyphose, Skoliose. Epiphysen scheinbar enorm verdickt. Coxa vara, Becken schnabelförmig. Röntgenbilder zeigen die Atrophie der Corticalis und Spongiosa, normal grosse Epiphysen, dagegen sehr verschmälerte Diaphysen, vielfache Verbiegungen und Frakturen. Es laufen also Porosität und Biegsamkeit (Malacie) nebeneinander her.

84) **Wohlauer.** Ges. d. Charitéärzte Berlin 18. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. 10.)

20 Röntgenbilder zeigen die Knochenarchitektur bei Rhachitis: Kalkarmut, unregelmässige Verkalkungszone, Enchondrome im diaphysären Teil, Auftreibung der Diaphysenenden. Das Auftreten der Epiphysenkerne verspätet sich im allgemeinen bei der Rachitis nur in sehr schweren Fällen.

An den Diaphysen fällt die Verdickung der Corticalis an der Konkavseite der Verkrümmung auf, die so stark sein kann, dass sie die Markhöhle verschliesst. Auffallend sind die Knochenbälkchen, die von der Konkav- zur Konvexseite ziehen, und nicht als Frakturreste (Virchow), sondern als Trajektorien (Jul. Wolff) gedeutet werden.

Nach Ablauf des Prozesses werden die Epiphysenlinien regelmässiger, die fleckige Zeichnung an den Epiphysen verschwindet, die Kalkablagerung wird eine erhöhte. (Zeitpunkt zum operativen Eingriff!) **Ewald** - Hamburg.

85) **Carnot u. Havu.** Société de biologie. 14. V. 10. (Gazette des hôpitaux 1910. 57.)

Einfluss des Adrenalins auf die Knochenbildung und Callusproduktion. Hundeversuche zeigten, dass mit Adrenalininjektionen (6 mgr. pro Tag) behandelte Tiere viel schneller Knochen producierten als die Kontrolltiere. Am 18. Tage war ein abgetragenes Knochenstück immer wieder fest angeheilt. Histologisch zeigte sich eine kompaktere Knochensubstanz, viele Osteoblasten und kleine Markräume. — Es wird auf die Erfolge hingewiesen, die Bossi bei der Osteomalazie mit dem Adrenalin gehabt hat. Auch bei der Frakturheilung dürfte es ev. eine Rolle spielen.

86) **Quénu** und **Barbier.** Société de chir. de Paris 16. III. 10. (Rev. de chir. 1910 4 und 5.)

Vortr. haben zweimal tödliche Lungenembolien im Anschluss an Frakturen des Unterschenkels beobachtet, 53 resp. 20 Tage nach dem Unfall. Varicen lagen nicht vor, sodass man wohl eine gesteigerte Gerinnungsfähigkeit des Blutes annehmen muss.

Guinard hat 3 Fälle von tödlicher Embolie nach Frakturen und Luxationen gesehen.

Lucas-Championnière konnte in seiner langen Tätigkeit nur 3 Fälle von Lungenembolie nach Frakturen beobachten.



Tuffier führt die Todesfälle sofort nach der Fraktur auf eine Läsion der Medulla oblongata zurück.

Mauclaire hat einmal einen Todesfall erlebt, als eine Femurhalsfraktur reponiert werden sollte.

Delbet hat bei der Sektion oft kein Gerinnsel in der Lunge finden können; dagegen waren die Nebennieren verändert und zwar durch die Chloroformnarkose. Er macht daher nach der Narkose eine oder mehrere Adrenalininjektionen.

Picqué erwidert darauf, dass auch infolge schwerer Traumen die Nebennieren verändert werden können.

Tuffier warnt davor, ein Lungenembolie mit einem Leichengerinnsel zu verwechseln.

Quénu betont, dass man schon nach den klinischen Zeichen eine Lungenembolie diagnostizieren könne.

Chaput hält ebenfalls die Diagnose der Embolie aus der Autopsie für schwierig. Er glaubt, dass die Lungenembolie eine der häufigsten Ursachen des plötzlichen Todes sei.

87) **Klasske.** Ges. d. Charitéärzte in Berlin 18. XI. 1909. (Berl. klin. Woch. 1910. 10.)

Vater und 3 Söhne mit multipler Exostosenbildung.

88) **Vignard.** Soc. de chir. de Lyon 3. III. 10. Rev. de chir. 1910. 5.)

Bericht über die Plombierung bei Gelenktuberkulose. (12 Sprunggelenke, 2 Handgelenke, 1 Ellenbogen, 20 Hüften, 5 Kniee.) Meist in 2 Monaten Heilung. Bei Fisteln ist die Plombierung nicht besser als andere Methoden.

89) **Vallas.** Société de chir. de Lyon 17. II. 10. (Revue de chir. 1910. 4.)

V. hat die Jodoformplombe nach mehreren Resektionen tuberkulöser Gelenke angewandt und rühmt die schnelle Heilung und die guten funktionellen Resultate.

90) **Anton.** Verein der Aerzte in Halle a. S. 26. I. 1910. (Münch. med. Woch. 1910. 19.)

Demonstration eines Mannes, der durch fortgesetzte Uebung die Fertigkeit erlangt hat, einzelne Muskeln isoliert zur Kontraktion zu bringen:

Kontraktion des Musc. biceps bei Erschlaffung des Triceps und umgekehrt.

Supination und Pronation des Unterarms ohne Mitbewegung der Hand.

Herstellung einer Skoliose ohne Beckenverschiebung durch einseitige Kontraktion der langen Rückenmuskeln.

91) **Ludloff.** Schlesische Gesellsch. f. vaterländ. Kultur in Breslau 4. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 15.)

12 jähriges Mädchen mit überaus langen Extremitäten, Fehlen der Schilddrüse, Intelligenzdefekten. Es hat sehr spät stehen und laufen gelernt. Jetzt unsicherer Gang. Hypotonie der Muskeln und auffallende Gelenkschlaffheit an Armen und Beinen. Vielleicht „atonisch-astatischer Typus der infantilen Cerebrallähmung“ (Foerster).

92) **P. Krause** (Bonn). XXVII. Kongress f. innere Medizin. Wiesbaden 18.—21. IV. 10. (Münch. med. Woch. 1910. 21.)

K. teilt seine Studien über die rheinisch-westphälische Epidemie von akuter Kinderlähmung mit. Im Rbk. Arnsberg waren bis 1. Januar



1308 Fälle gemeldet, darunter 141 Todesfälle. Andere Bezirke waren gleichfalls stark betroffen. Die grösste Zahl der Fälle betrifft Kinder im 2. Lebensjahr, höchste Frequenz ist im Oktober. Todesfälle erfolgen meist durch Atemlähmung am 3. oder 4. Tag. Mortalität 12—20%, völlige Heilung nur in 15—18%

93) **Benhoff.** Aerztl. Verein zu Marburg. 16. II. 10. (Münch. med. Woch. 1910. 16.)

Mikroskopische Demonstration von Zelleinschlüssen und freiliegenden Körperchen, die B. für die Erreger der Poliomyelitis hält. Die Präparate stammen aus dem Rückenmark, und zwar sitzen die Einschlüsse in den Kernen der Gliazellen. Aehnliche Gebilde hat B. in den Blutergüssen und Gefässen des erkrankten Gebiets gefunden.

94) **F. Kramer.** Schles. Ges. für vaterl. Kultur in Breslau 11. II. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 10.)

4 Fälle von Kinderlähmung beweisen, dass die Prognose quoad functionem nicht immer schlecht ist: noch nach 1—1½ Jahren können sich völlig gelähmte Muskeln erholen. Daher muss die Behandlung mit Massage und Elektrizität lange fortgesetzt werden, andererseits darf man mit operativen Massnahmen nicht zu zeitig beginnen.

Foerster bestätigt dies: von 15 beobachteten Fällen sind 5 fast ganz geheilt. Die Restitution gelähmter Muskeln kann auch noch nach 2—2½ Jahren eintreten.

95) **Stein.** Verein d. Aerzte Wiesbadens. 4. V. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 22.)

Demonstration eines 12 j. Kindes mit Polyneuritis, die im 3. Lebensjahr akut entstanden war, nachdem das Kind vorher richtig gelaufen hatte. Blei oder Alkohol konnten als Ursache nicht sicher festgestellt werden. Es sind symmetrisch die Hände und Unterschenkel befallen, sodass das Kind nur rutschen kann. St. will die paralytischen Klumpfüsse redressieren, die Sprunggelenksarthrodese machen, und dem Kinde mit Schienenhülsenapparaten auf die Beine helfen. — Spinale und cerebrale Kinderlähmung war auszuschliessen.

96) **Kirmisson.** Académie de médecine 3. V. 10. (Gazette des hôpitaux. 1910. 52.)

K. bespricht die chirurgische Behandlung der Littleschen Krankheit und hält die Durchschneidung der hinteren Wurzel, wie sie deutsche Chirurgen ausführen, für schwierig, Irrtümern ausgesetzt und gefährlich. Jedenfalls zieht er die Palliativbehandlung vor. Neben Sehnendurchschneidungen und orthop. Apparaten hat er mit gutem Erfolge die subtrochantere Osteotomie vorgenommen.

97) **Küttner.** Breslauer chir. Gesellschaft. 14. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 16.)

Bericht über 14 Förstersche Operationen, bei Littlescher Krankheit und anderen Rückenmarksleiden (Tabes). Bei letzterer Gruppe ist die Operation viel gefährlicher. Von 3 Tabikern mit gastrischen Krisen starb einer an Meningitis im Anschluss an die Operation, bei zweien hatte die Operation Erfolg. Ein Mann mit Spasmus im l. Arm und Schulter wurde durch Durchschneidung der Wurzel am Halsmark bedeutend gebessert. Bei einem Patienten mit multipler

Sklerose trat 4 Wochen nach Wurzeldurchschneidung eine schlaffe Lähmung beider Beine auf. Die funktionellen Resultate bei der Littleschen Krankheit schwerster Art waren sehr befriedigend. Eine systematische Nachbehandlung ist unbedingt erforderlich. Gottstein hat von 5 operierten Fällen 2 verloren. (1 Little, 1 spastische Spinalparalyse); die Todesursache konnte genau nicht festgestellt werden. Mit der orthopädischen Nachbehandlung, noch dem Eingipsen der Beine in überkorrigierter Stellung, sollte man bald beginnen.

98) **v. Baeyer.** Aerztl. Verein München. 9. II. 10. (Münch. med. Woch. 1910. 20.)

Demonstration eines neuen Winkelmessers, der gestattet, alle Winkel von 0—180° an, an der konkaven und konvexen Seite zu messen. Auch Rotationswinkel lassen sich bestimmen. (Lieferant Katsch, München.)

99) **v. Baeyer.** Aerztl. Verein München. 9. II. 10. (Münch. med. Woch. 1910. 20.)

Vortr. demonstriert einen Pendelstab, der das Ueben mit Hanteln einfacher und besser dosierbar gestalten soll. Lieferant: Stortz u. Raisig, München.

100) **Riether.** Gesellsch. für innere Medizin u. Kinderheilkunde zu Wien. 3. II. 1910. (Berl. klin. Woch. 1910. 9.)

2 Monate altes Kind mit einem Defekt der 5. u. 6. linken Rippe; ferner ist die 9. Rippe verdoppelt, der 7. u. 8. Brustwirbel ist gespalten.

101) **R. Fischl.** Verein deutscher Aerzte in Prag. 21. I. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 9.)

Ueber die lordotische Albuminurie.

F. räumt mit Jehle dem mechanischen Einfluss der Lordose eine wichtige Rolle ein. Da aber nicht jedes Kind mit Lordose Albuminurie hat, müssen noch andere Faktoren eine Rolle spielen. F. schlägt darum den Namen „lordotische Dispositionsalbuminurie“ vor. Den Ausgang in Schrumpfniere hält er nach seinen Beobachtungen und Experimenten an Kaninchen für durchaus möglich.

Durch ein Hessingkorsett konnte die Eiweissausscheidung im Gehen und Stehen beseitigt werden, Uebungen sollen die Rückenmuskeln stärken.

102) **Ziesché.** Breslauer chir. Gesellsch. 14. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 16.)

38 j. Frau mit Spondylitis gummosa der Halswirbelsäule. Seit mehreren Jahren wegen Lues behandelt. Spondylitiserscheinungen am Halse, Paraesthesien und Schwäche im rechten Arm und Bein, Halsschmerzen, Schlingbeschwerden. Hustenreiz. Ulcus am Rachen. Röntgenbild ergibt Sequester im II. Halswirbel. Aufhellungen im III. Halswirbel. Da trotz Jodkali, Hg. und Glissonscher Schlinge Eiterung, Husten und Schmerzen andauern, wird Sequester aus dem II. Halswirbel entfernt. Besserung, aber Gibbusbildung, da der III. Halswirbel sich gänzlich aus dem Zusammenhang mit der Umgebung gelöst hat 8 Tage später wird der ganze Körper des III. Halswirbels ausgeworfen. Dann legt Ludloff den Schanz'schen Watteverband an, worauf die Heilung rasch fortschreitet. Nach 3 Monaten kann Pat. den Kopf frei tragen und vorsichtig bewegen. Mit Stützapparat entlassen. Ludloff lobt die gute Extensionswirkung des Schanzschen Verbandes, das Aufhören der Beschwerden und das Fehlen jeder Decubitusbildung.



103) **Fischer.** Aerztl. Verein zu Frankfurt a. M. 7. III. 10. (Münch. med. Woch. 1910. 20.)

15 j. Knabe, dessen schwere Lähmungen nach Schmierkur völlig zurückgegangen sind. Bei der Sektion fand sich fingerdicke Induration der Dura spinalis, völlig für Syphilis sprechend. Dagegen ergibt aber die mikroskopische Untersuchung Pachymeningitis externa tuberculosa. Der Knabe war an multipler Tuberkulose der inneren Organe und Amyloid der Milz und Nieren zu Grunde gegangen.

Rotschild, der den Jungen früher in Behandlung gehabt hat, bestätigt, dass er ihn mit einer Schmierkur von einer früheren Lähmung ebenfalls befreit hat.

104) **Guradze.** Verein der Aerzte Wiesbadens 2. II. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 11.)

Demonstration von Rückenstützapparaten unter Betonung der Notwendigkeit einer individualisierenden Behandlung.

Korsetts für runden Rücken, Spondylitis und Skoliose, mit und ohne Pelotten und Kopfstützen. Für die Nacht gibt G. Gipsbetten oder Lederbetten, über Modell gearbeitet.

Amson behandelt runde Rücken und leichte Skoliosen ohne Korsett, schwere dagegen mit einem solchen nach vorheriger Mobilisierung.

105) **Stein.** Verein d. Aerzte Wiesbadens. 4. V. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 22.)

Angeborener Schulterblatthochstand bei einem 12 j. Kinde mit spinaler Kinderlähmung. Aetiologie: falsche Lage des Arms in utero (Sprengel) Die vorgeschlagenen Operationen sind nicht zu empfehlen, weil sie keinen grossen Erfolg haben. Jedenfalls kann man durch rein orthopädische Massnahmen gleiche, wenn nicht bessere Resultate erzielen.

Plessner fragt, ob es sich hier nicht um eine Epiphysentrennung intra partum handle, worauf Stein erwidert, dass der angeb. Schulterblatthochstand doch mit einer Epiphysenlösung des Humerus nichts zu tun habe.

106) **Stintzing.** Naturwissensch. mediz. Gesellschaft zu Jena 10. II. 10. (Münch. med. Woch. 1910. 19.)

Ein 50j. landwirtschaftl. Arbeiter wurde vor $2^1/_2$ Monaten von einer Kuh umgerannt. Bewusstlosigkeit, Lähmung beider Arme uud Beine, die bald wieder verschwand. Es blieb eine Erb'sche Lähmung zurück (Deltamuskel, Biceps, brachialis int., supinator longus, Schulterblattmuskeln atrophisch). Hier liegt nicht Druck oder Zerrung des Plexus vor, sondern Läsion im rechten Vorderhorn des 4.—5. Zervikalsegmentes, wahrscheinlich Hämatomyelie.

107) **Küttner.** Breslauer chir. Gesellschaft. 14. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 16.)

6. j. Kind mit Skapularkrachen; als Ursache desselben wurde eine kartilaginäre Exostose an der Innenfläche des unteren Scapulawinkels gefunden. Resektion.

108) **Johnson.** Chir. Gesellsch. in New-York 24. XI. 09. (Rev. de chir. 1910. 4.)

63jährige Frau mit Fraktur des Collum anatomicum humeri und Luxation des Kopfes in die Achselhöhle. (Röntgenbild.) Extraktion des Kopfes. Heilung.

Ellsworth Eliot berichtet über 2 ähnliche Fälle, wo ebenfalls der Kopf entfernt wurde. Es ist schwierig, die Diaphyse in der Gelenkpfanne zu halten. Das Endresultat war in beiden Fällen überraschend gut.

109) **Guinard.** Soc. des sciences médicales de St. Étienne. (Rev. de chir. 1910. 4.)

Nachdem eine komplizierte Humerusfraktur trotz 2 monatiger Immobilisation der Fragmente noch nicht geheilt war, wurde die Pseudarthrose angefrischt, mit einem Rinderknochen verbolzt und ausserdem noch von aussen durch Klammern fixiert. Gipsverband, normale Heilung.

110) **Lexer.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

9 j. Kind mit ischämischer Vorderarmkontraktur, durch Gipsverband nach Fraktur entstanden. Knochenverkürzung hatte mangelhaftes Resultat, daher Durchtrennung aller Beugesehnen und Einschaltung von Sehnenstücken eines frisch amputierten Fusses. Die Hand kann ganz gut bewegt werden.

111) **Gayet.** Société de chir. de Lyon 17. II. 10. (Revue de chir. 1910. 4.)

Mädchen mit Madelungscher Deformität, zurückzuführen auf eine Verletzung des Handgelenks im 8. Lebensjahre. Das Röntgenbild zeigt neben einer Kompressionsfraktur der Radiusepiphyse eine Dislokation des Navikulare und lunatum, ferner eine teilweise Zerstörung der Epiphysenlinie. G. schlägt die Resektion des Handgelenks vor.

112) **Ludloff.** Schlesische Gesellsch. f. vaterländ. Kultur zu Breslau 4. III. 10. (Berl. klin Woch. 1910. 15.)

30 jähr. Artist mit Navikularbruch an der einen, Navikularluxation an der anderen Hand; entstanden durch Fall aus 9 m Höhe. Die Luxation wurde durch Röntgenaufnahme festgestellt; bisher noch nicht beobachtet. Da unblutige Reposition nicht gelang, wurde von der Volarseite her das Navikulare freigelegt, als verdreht befunden und nach Durchschneidung aller Bänder unter grossen Schwierigkeiten in seine richtige Lage gebracht. Es ist reaktionslos eingeheilt. Funktion des Handgelenks fast völlig normal.

Die später aufgenommenen Röntgenbilder zeigen an dem intensiveren Schatten, den das Navikulare gibt, dass es noch nicht normal ernährt wird.

113) **Couteaud.** Soc. de médecine militaire française de Paris 21. IV. 10. (Gazette des hôpitaux 1910. 50.)

Beim Mähen wurde einem Manne, ausser einem grossen Substanzverlust der Haut des Handrückens, die Sehne des Mittelfingers um $2^1/_2$ cm mitgerissen und der III. Mittelhandknochen durchtrennt. Es wurde die halbe Strecksehne des Zeigefingers auf das distale Ende der Mittelfingersehne überpflanzt. Nach einem Monat normale Gebrauchsfähigkeit der Hand.

114) **Lexer.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

Frau mit Sehnenscheidenentzündung der Flexoren der rechten Hand. Kleine Inzisionen und Stauungshyperaemie. Schon nach 5 Tagen Anfang mit Bewegungen. Gutes Resultat. Schlechte Bewegungsfähigkeit ist immer auf schlechtes Ueben zurückzuführen.

115) **Biebergeil.** Ges. d. Charitéärzte in Berlin 18. XI. 09. (Berl. klin. Woch. 1910. 10.)

Ein $^3/_4$ jähriges Kind war mit einem stark vergrösserten Zeige- und Mittelfinger der linken Hand zur Welt gekommen (partieller Riesenwuchs).



Da der Mittelfinger schnell wuchs und die Funktion der Hand störte, wurde er exartikuliert. Es handelte sich um wahren Riesenwuchs: neben dem Knochen war namentlich das Fettgewebe gewuchert. Die Knochenkerne an den Epiphysen sind wohl ausgebildet, diese selbst verbreitert, ebenso die Epiphysenlinie. Es scheint sich um eine Steigerung der endochondralen Ossifikation zu handeln.

116) **Hinterstoisser.** K. K. Ges. d. Aerzte zu Wien. 8. IV. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 20.)

Mädchen mit angeborenem Riesenwuchs des rechten Zeige- und Mittelfingers. Die Hyperplasie erstreckt sich auf Knochen und Weichteile und betrifft nicht nur die Finger, sondern auch die dazugehörige Mittelhand.

117) **Grossmann.** Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie in Berlin. 12. XI. 1909. (D. med. Woch. 1910. 14.)

Neugeborener Zwilling mit völliger Syndaktylie des II. — V. Fingers der rechten Hand und gleichzeitig Defekt der rechten Thoraxhälfte, der in Form und Grösse der rechten Hand entspricht. Es scheint sich um pathologische Anlagerung der Hand an die Brustwand gehandelt zu haben. (Raumbeschränkung in utero). Der zweite Zwilling war normal.

Wolff I glaubt, dass die Aetiologie der Missbildung nicht rein mechanischer Natur sei. Sein Vater habe einen ähnlichen Fall beschrieben und gemeinsame innere Ursachen für wahrscheinlich angenommen.

118) **Déjerine u. Ferry.** Société de neurologie. 12. V. 10. (Gazette des hôpitaux 1910. 58.)

18 j. Patientin mit Beugekontraktur des Mittelfingers, der im Alter von 3 Jahren gequetscht worden ist. Vor 2 Jahren fiel der Nagel ab; das dort entstehende Narbenkeloid wird als Ursache der Kontraktur angesehen. — In Schlaf und Narkose verschwindet dieselbe.

119) **Wrede.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

Frau mit spontaner Zerreissung des ganzen Beckens; Symphyse und beide Hüftgelenke sind zersprengt, die Oberschenkel luxiert; das Kreuzbein ist stark nach vorn gerückt. Am l. Oberschenkel Abscess. Es liegt Tabes vor. Es kommt nur Nahtvereinigung des Beckengürtels in Betracht.

120) **Ludloff.** Breslauer chir. Gesellschaft. 14. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 16.)

Röntgenbilder von Coxa vara congenita zeigen alle, dass die Epiphysenfuge, die bei C. v. adolescentium als verbreitert zwischen Kopf und Hals zu sehen ist, in diesem Falle mehr nach dem Schenkelhals zu verschoben ist; ein Fall zeigt die Fuge ganz nahe der Linea intertrochanterica, so dass ein Schenkelhals überhaupt nicht vorhanden ist. Klinisch täuschte dieser Fall ganz das Bild der Hüftluxation vor. Bei einer Operation zeigte sich, dass von einer abnormen Spaltbildung an der im Röntgenbild sichtbaren Lücke keine Rede war, sondern dass eine Epiphysenfuge vorlag, wie man sie auch am Knie zu sehen gewohnt ist.

Drehmann kann sich der Hoffa'schen Ansicht, dass die Spaltbildung am Schenkelhalse die dislozierte Epiphysenlinie ist, nicht anschliessen. Er hält diese Fälle für angeborene Femurdefektbildungen.



121) **Niederstein.** Aerztl. Verein zu Essen-Ruhr 22. II. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 13.)

Junger Mann bot nach Fall von 2½ m Höhe das typische Bild der Coxa vara. Da die neueste Anschauung dahin geht, dass bei Nachweis eines noch so geringfügigen Traumas eine Coxa vara traumatica stets als vorliegend zu betrachten ist, so hat Pat. Unfallrente zu beanspruchen.

Hirtz glaubt, dass die Coxa vara sui generis stets auf eine Konstitutionsanomalie zurückzuführen sei (schwache Knochen-Knorpelfuge). Diese Fälle seien von der traumatischen C. v. zu trennen.

Morian hält den Fall für eine deformierende Arthritis nach Schenkelhalsfraktur.

122) **Springer.** Verein deutscher Aerzte in Prag 7. I. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 7.)

Bericht über 113 Fälle unblutig reponierter angeborener Hüftverrenkungen. Stellung des Beines im Verband: 90° Abduktion und Flexion. Auf die funktionelle Belastung verzichtet Sp., da die Pfanne doch nicht vertieft werden kann. Die Reposition bleibt infolge der Kontraktur der Weichteile, bis sich in 1—2 Jahren eine neue Pfanne gebildet hat. Die Abduktion über die Frontalebene hinaus unterlässt Sp. wegen der Gefahr der Transposition nach vorn. Bei Gelenken mit schlechtem Halt wendet er stärkere Flexion eventuell die axillare Einstellung an, zieht auch u. U. den gesunden Oberschenkel in den Verband ein. Der Verband bleibt 5—6 Monate liegen, die primäre Stellung wird nicht geändert, um die Weichteilkontraktur nicht zu beeinträchtigen. Eben deswegen unterlässt er auch nach dem Verband passive Mobilisationen. Nur wenn die Kontrakturen 5—6 Monate bestehen, behandelt er sie. Zeitpunkt der Operation 2½—5 Jahre am besten; doppelseitige Luxationen werden unter 5 Jahren einzeitig, später in langem Intervall operiert. Resultate: Bei einseitigen Luxationen in 87,5%, bei doppelseitigen in 70% komplete Heilung.

123) **Küttner.** Schlesische Gesellsch. f. vaterländ. Kultur in Breslau 4. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

Bei einem 31 jährigen Mann wurde wegen Sarkom das obere Drittel des Femur samt Hüftgelenk reseziert und durch ein ähnliches aus der Leiche entferntes Hüftgelenk ersetzt. (11 Stunden post mortem entnommen.) Glatter Heilungsverlauf. — Das Endresultat bleibt abzuwarten.

124) **Mathews.** Chir. Ges. in New-York 8. XII. 1909. (Rev. de chir. 1910. 5.)

55 jährige Frau, hat vor 23 Jahren eine Femurfraktur erlitten, hatte wegen Pseudarthrose eine Operation ohne Erfolg durchgemacht, dann 5—6 Jahre lang einen Apparat getragen; jetzt besteht die Pseudarthrose noch bei einer Verkürzung von 10 cm. Trotzdem macht die Frau lange Märsche ohne Krücken und ohne Apparat.

125) **Goldstein.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910 14.)

Aeltere Frau, bei der seit 3 Jahren intermittierendes Hinken neben Herzerscheinungen, Schwindel, Paraesthesien besteht. Nachweisbar ist eine Aortitis luetica.



126) **Gangolphe.** Société de chir. de Lyon 3. II. 10. (Rev. de chir. 1910. 4.)

15 jähriger Junge erlitt nach einem Fehltritt eine Spontanfraktur des Femurhalses. (Durch Röntgenbild festgestellt.) Heilung in Wasserglasverbänden.

127) **Drehmann.** Breslauer chir. Gesellschaft. 10. I. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 7.)

D. empfiehlt zur Behandlung der Oberschenkelfrakturen bei Neugeborenen die Anbandagierung des verletzten Beines an den Rumpf. V. warnt vor Verband in Streckstellung, da schwere Dislokationen unvermeidlich seien. Er selbst benutzt einen einfachen Bradfordschen Rahmen, der der Grösse des Kindes entspricht. An einem senkrecht darauf stehenden Bügel wird das Bein in rechtwinkliger Beugestellung extendiert. So kann das Kind bequem gereinigt und getragen werden.

128) **Gretschel.** Breslauer chir. Gesellschaft 14. II. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 11.)

Zwei Fälle von Kniegelenksankylose in rechtwinkliger Stellung, nach Osteomyelitis und Tuberkulose entstanden. Nach offener Durchtrennung der Beuger wird das untere Femurkondylenende bogenförmig abgetragen und entsprechend auch die Tibia angefrischt (Helferich). In beiden Fällen ergab die Nachuntersuchung starke Verkürzung, Zerstörung der Epiphysenlinie, in einem Fall hatte sich auch wieder eine Beugekontraktur herausgebildet.

Küttner ist bei den osteomyelitischen Affektionen des Kniegelenks mit den Resektionen nicht zufrieden, lange Fisteleiterungen sind zu fürchten.

Drehmann macht auf die viel besseren Erfolge der einfachen paraartikulären Korrektur aufmerksam (keine Wachstumsverkürzung, kein Wiedereintritt der Beugekontraktur.)

129) **Drehmann.** Breslauer chir. Gesellsch. 10. I. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 7.)

Bei einem 15 j. Knaben, war nach einer im 8. Jahr ausgeführten Kniegelenksresektion eine rechtwinklige knöcherne Ankylose entstanden. Durch Osteotomie der Tibia u. Fibula sowie des Femur wurde die Verkrümmung völlig beseitigt. D. empfiehlt diese paraartikuläre Korrektur schwerer Flexionsankylosen. Die Operation ist jedoch nur bei völliger Ankylose am Platze.

Diskussion.

Goebel hat bei spitzwinkliger Kontraktur mit etwas Beweglichkeit eine Keilosteotomie des Femur dicht oberhalb der Condylen vorgenommen und volle Korrektion erreicht.

130) **Menne.** Aerztl. Verein zu Essen-Ruhr. 25. I. 1910. (Berl. klin. Woch. 1910. 11.)

23 j. Mann mit Haemophilieanamnese bekam nach Fehltritt Schmerz und Erguss ins Kniegelenk. Langsame Versteifung und Verdickung der Gelenkgegend. Pirquet negativ. Daher keine Tuberkulose. M. glaubt an ein Blutergelenk. Beh.: vorsichtige Extension und Massage. **Ewald**-Hamburg.

131) **Lexer.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

Ein 25 j. Student hatte sich beim Tanzen eine Zerreissung der inneren Kniebänder zugezogen. Gipsverband ohne Erfolg. Ein Teil der Rektussehne wurde frei auf die Kapsel aufgenäht vom Condylus int. bis herab auf die Tibia und bildet so ein festes Band.

132) **Lexer.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

L. hat zuerst 1907 die Achillessehne als Kreuzbänder des Kniegelenks verpflanzt. Keine Feststellung im Gipsverband, dagegen frühzeitiges Ueben gewährleistet gute Beweglichkeit.

133) **Drehmann.** Breslauer chir. Gesellsch. 10. I. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 7.)

Ein 13 j. erblindeter Knabe leidet seit frühester Kindheit an einer habituellen Patellarluxation des rechten Beines. Bei jeder Bewegung — auch im Liegen — luxiert die Kniescheibe nach aussen. Die Ursache lag in einer Verbiegung des Oberschenkels nach hinten und in einer starken Torsion. Durch Osteotomie des Femur wurde die Verbiegung ausgeglichen; Erfolg sehr gut.

134) **Menne.** Aerztl. Verein zu Essen-Ruhr. 25. I. 1910. (Berl. klin. Woch. 1910. 11.)

15 j. Junge mit Verdickung der Tuberositas tibiae, seit 1—2 Monaten Schmerzen, kein Trauma, aber viel geturnt. Röntgenaufnahme ergibt Bild, das grosse Aehnlichkeit hat mit einem Abriss am schnabelförmigen Fortsatz der oberen Tibiaepiphyse. M. nimmt einen Einriss an. Ther.: Ruhelagerung, ev. Heftpflasterverband.

Croce und Morian glauben nicht an Trauma, sondern halten die Erkrankung für eine Wachstumsstörung.

135) **Léri.** Société de neurologie 14. IV. 10. (Gazette des hôpitaux 1910. 47.

Eine isolierte Säbelscheidenverbiegung des oberen Tibiaendes hält L. für einen Ausdruck der Pagetschen Krankheit.

136) **Lexer.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 7. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 14.)

Bei Bandzerreissung bei Malleolarfraktur wurde eine Sehne frei auf die Kapsel aufgenäht, um das Lig. deltoideum zu ersetzen. Guter Erfolg.

137) **Krumbein.** Berl. militärärztl. Gesellsch. 21. I. 1910. (Berl. klin. Woch. 1910. 7.)

Behandlung der Mittelfussknochenbrüche mit der Klebrollbinde.

In 51 Fällen hat sich die von v. Heuss angegebene Klebrollbinde, die ein sofortiges Umhergehen erlaubt, bewährt. Sie ist einfacher und haltbarer als der Heftpflasterverband. In 20 Tagen Heilung, nur einmal ein Rezidiv.

138) **Destot.** Société de chir. de Lyon 17. II. 10. (Revue de chir. 1910. 4.)

Der schmerzhafte Plattfuss kommt zustande durch ein Hinabsinken des Talus. Im Laufe der Zeit kommt es zur Exostosenbildung im Talonavikulargelenk. Da diese Exostosen erst spät erscheinen, kann man daraus auf das Alter der Läsion schliessen.

139) **Ahrens.** Verein d. Aerzte Wiesbadens 16. II. 10. (Berl. klin. Woch. 13. 1910.)

Demonstration zweier durch Sehnentransplantation geheilter Fälle von schwerem fixierten Plattfuss.

140) **Peltesohn.** Berl. med. Gesellschaft. 9. II. 10. (Berlin. klin. Woch. 1910. 8.)

24 j. Mädchen, das am ganzen Körper ausser dem Kopf Exostosen aufweist. Keine Heredität, im 3. Jahr entsta den, seit 6 Jahren ca. Aufhören der weiteren Exostosenbildung. Am oberen Ende der linken Fibula findet sich ein



kleinapfelgrosser Tumor. Dieser hat den nervus peroneus gelähmt, weshalb sich links ein paralytischer Klumpfuss ausgebildet hat. Es soll versucht werden, den Nerven durch Beseitigung der Exostose freizulegen. Nebenher wird eine Korrektion des Klumpfusses gehen.

141) **Ludloff.** Breslauer chir. Gesellschaft. 14. III. 10. (Berl. klin. Woch. 1910. 16.)

Ein Hallux valgus war so hochgradig, dass die Phalangen rechtwinklig auf dem I. Metatarsale standen und nach oben und nach der Seite luxiert waren. An der medialen Seite eine starke Exostose mit entzündetem Schleimbeutel Operation: Entfernung der Exostose, Verlängerung der Sehne des Extensor hallucis und Ueberpflanzung des medialen Zipfels auf den medialen Rand der Basis der Grundphalanx; ausserdem Osteotomie des Metatarsus. Wesentliche Besserung der Stellung der Grosszehe. Ueber das funktionelle Resultat ist noch nichts zu sagen.

Drehmann begnügt sich mit der Abmeisselung der Exostose, die er mit gutem Erfolge angewandt hat. (Referate 81 bis 141 **Ewald**-Hamburg.



Posttraumatische Ostitis navicularis carpi. — 56) **Sievert,** Volarluxationsstellung des Radiokarpalgelenks. — 57) **Dreifuss,** Angeborener Riesenwuchs des Zeigefingers. — 58) **de Frenelle,** Apparat zur Extensionsbehandlung der Fingerfrakturen. — 59) **Riedinger,** Paralytische Luxation des Oberschenkels. — 60) **Coville,** Doppelseitige Hüftluxation. — 61) **Gourdon,** Anatomische Ursachen der Reluxation. — 62) **Waldenström,** Der obere tuberkulöse Collumherd. — 63) **Lauchmann,** Coxa vara. — 64) **Erb,** Intermittierendes Hinken. — 65) **Ridlon,** Femurfraktur im oberen Drittel. — 66) **Katzenstein,** Periost-Knochentransplantation. — 67) **Zesas,** Pathologie der Kniescheibe. — 68) **Chevrier,** Hämarthrose des Knies. — 69) **Kofmann,** Kongenitaler Fibuladefekt. — 70) **Grunert,** Indirekte Frakturen des Fibulaschaftes. — 71) **Ewald,** Luxation im Lisfranc'schen Gelenk. — 72) **Mannino,** Astragalektomie. — 73) **Sarazin,** Entstehung und Behandlung des Calcaneusspornes. — 74) **Peltesohn,** Pes calcaneus traumaticus. — 75) **Williams,** Statistische Mitteilungen über Fussbeschwerden. — 76) **Orr,** Plattfuss und Fussmuskeln. — 77) **Riedl,** Operation des Plattfusses nach Gleich-Brenner. — 78) **Bartow,** Tarsushöhlung bei schwerem Klumpfuss. — 79) **Bradford,** Korrektur des Klumpfusses. — 80) **Tunstall,** Schiene bei Spitzklumpfuss.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 81) **III. internationaler Kongress der Physiotherapie in Paris (29. März bis 2. April 1910).** — 82) **Peltesohn,** Ungewöhnliche Form von Wachstumsstörung. — 83) **Maiers,** Osteopsathyrosis idiopathica. — 84) **Wohlauer,** Knochenarchitektur bei Rhachitis. — 85) **Carnot** und **Havu,** Einfluss des Adrenalins auf die Knochenbildung. — 86) **Quénu** und **Barbier,** Tödliche Lungenembolien im Anschluss an Frakturen. — 87) **Klaske,** Multiple Exostosenbildung. — 88) **Vignard,** Plombierung bei Gelenktuberkulose. — 89) **Vallas,** Jodoformplombe. — 90) **Anton,** Fertigkeit einzelne Muskeln isoliert zur Kontraktion zu bringen. — 91) **Ludloff,** Hypotonie der Muskeln. — 92) **Krause,** Rheinisch-westphälische Epidemie von akuter Kinderlähmung. — 93) **Bonhoff,** Erreger der Poliomyelitis. — 94) **Kramer,** Kinderlähmung. — 95) **Stein,** Polyneuritis. — 96) **Kirmisson,** Littlesche Krankheit. — 97) **Küttner,** Förstersche Operationen. — 98) **v. Baeyer,** Neuer Winkelmesser. — 99) **v. Baeyer,** Pendelstab. — 100) **Riether,** Defekt der 5. und 6. linken Rippe. — 101) **Fischl,** Ueber die lordotische Albuminurie. — 102) **Ziesché,** Spondylitis gummosa. — 103) **Fischer,** Pachymeningitis externa tuberculosa. — 104) **Guradze,** Rückenstützapparate. — 105) **Stein,** Angeborener Schulterblatthochstand. — 106) **Stintzing,** Erb'sche Lähmung. — 107) **Küttner,** Skapularkrachen. — 108) **Johnson,** Fraktur des Collum anatomicum humeri. — 109) **Guinard,** Anfrischung der Pseudarthrose. — 110) **Lexer,** Ischämische Vorderarmkontraktur. — 111) **Gayet,** Madelungsche Deformität. — 112) **Ludloff,** Navicularbruch. — 113) **Couteaud,** Substanzverlust der Haut des Handrückens. — 114) **Lexer,** Sehnenscheidenentzündung. — 115) **Biebergeil,** Partieller Riesenwuchs. — 116) **Hinterstoisser,** Angeborener Riesenwuchs. — 117) **Grossmann,** Syndaktylie. — 118) **Déjerine** u. **Ferry,** Beugekontraktur des Mittelfingers. — 119) **Wrede,** Spontane Zerreissung des ganzen Beckens. — 120) **Ludloff,** Coxa vara congenita. — 121) **Niederstein,** Coxa vara. — 122) **Springer,** Unblutig reponierte angeborene Hüftverrenkung. — 123) **Küttner,** Ersatz des Hüftgelenks. — 124) **Mathews,** Femurfraktur. — 125) **Goldstein,** Intermittierendes Hinken. — 126) **Gangolphe,** Spontanfraktur des Femurhalses. — 127) **Drehmann,** Oberschenkelfrakturen bei Neugeborenen. — 128) **Gretschel,** Kniegelenksankylose. — 129) **Drehmann,** Paraartikuläre Korrektur schwerer Flexionsankylosen. — 130) **Menne,** Blutergelenk. — 131) **Lexer,** Zerreissung der inneren Kniebänder. — 132) **Lexer,** Achillessehne als Kreuzbänder des Kniegelenks. — 133) **Drehmann,** Habituelle Patellarluxation. — 134) **Menne,** Verdickung der Tuberositas tibiae. — 135) **Léri,** Pagetsche Krankheit. — 136) **Lexer,** Bandzerreissung bei Malleolarfraktur. — 137) **Krumbein,** Behandlung der Mittelfussknochenbrüche mit der Klebrollbinde. — 138) **Destot,** Schmerzhafter Plattfuss. — 139) **Ahrens,** Sehnentransplantation bei Plattfuss. — 140) **Peltesohn,** Exostosen. — 141) **Ludloff,** Hallux valgus.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. IV. Dezember 1910. Heft 12.

Modifikation der Bayer'schen plastischen Achillotomie

von

Dr. C. HÜBSCHER,

Dozent in Basel.

Die ausgezeichnete plastische Verlängerung der Achillessehne auf subkutanem Wege nach Bayer ist wohl allgemein bekannt und das Verfahren wird sich in den Händen der meisten Orthopäden bewährt haben. Trotzdem erlaube ich mir, eine Modifikation desselben zu beschreiben, die ich in den letzten Tagen erprobt habe:

1) Die Lanzenspitze meines Tenotoms (Fig. 1) wird im unteren Teil der Sehne genau in der Mittellinie mit quergestellter Schneide eingestochen und Haut samt Sehne in anteroposteriorer Richtung durchtrennt. (Einstich bei a Fig. 2.) Die auf dem Durchschnitt dargestellte dreieckige Sehnenwunde der Fig. 3 wird durch Senken der Lanze nach links und nach rechts (Fig. 4) zu einer parallelen Durchtrennung des mittleren Sehnendrittels vervollständigt.

2) Zweiter Hautstich mit der Lanze vertikal in der Sehnenmitte oben. Umkehren des Instrumentes und Einschieben der flach-

1) Bayer. Eine Vereinfachung der plastischen Achillotomie. Zentralbl. f. Chir. 1901, Nr. 2.

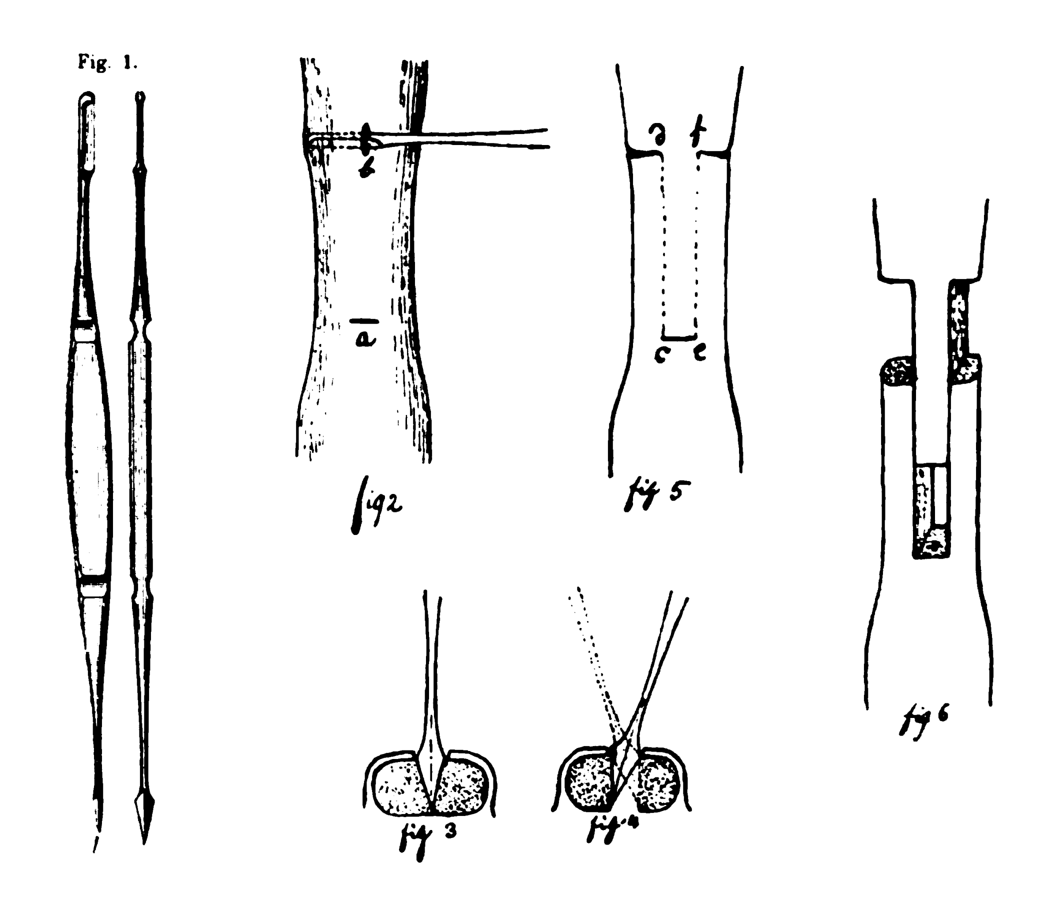
2) Hübscher. Zur plastischen Achillotomie nach Bayer. Ein einfaches Tenotom. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XV. S. 86. Das Tenotom ist bei Stille, Stockholm, erhältlich.

Seit der ersten Op. vom 20. Sept. 1910 habe ich die gleiche Verlängerung 8 mal vorgenommen; der Knabe geht mit tadellos geheilter Sehne.



gehaltenen gedeckten Klinge bis zum Rand der Sehne (Fig. 2 b). Hierauf Aufstellen des Messerchens unter Verschieben der Hautwunde, Drehen desselben auf die Schneide und Durchtrennen des linken Drittels der Sehne in anteroposteriorer Richtung. Auf gleiche Weise Einschieben des Messerchens nach rechts und Durchtrennung des rechten Sehnendrittels.

3) Bei etwas forzierter Dorsalflexion platzt das Sehnengefüge in den punktierten Linien c-d und e-f der Fig. 5 auseinander und es



entsteht das Bild der Fig. 6 samt der entsprechenden Verlängerung der Sehne.

Die Dauer der plastischen Achillotomie wird durch die Modifikation vielleicht um 2—3 Sekunden verlängert. Die Ausführung ist eine überaus leichte; selbstverständlich kann zur Durchtrennung des unteren Sehnendrittels jede schmale Klinge verwendet werden.

Die Vorteile dieses Verfahrens liegen darin, dass die Verlängerung der Sehne eine genau symmetrische ist, was für die Beanspruchung derselben auf Zug gewiss wünschbar ist.

Ferner erzeugen wir 6 quergestellte und 4 längsverlaufende



Sehnenwunden, von welchen aus die Kallusbildung und die Verwachsung vor sich zu gehen hat. Ich erwarte daher eine raschere Heilung, als bei der einfachen Z förmigen Plastik; ferner hoffe ich auf das sichere Ausbleiben der unangenehmen Ueberkorrektion, die besonders bei spastischen Spitzfüssen etwa einmal eintritt.

Zur Ausführung des kleinen Eingriffes eignen sich erst Sehnen von einer gewissen Breite, die bei Kindern etwa im 3.—4. Jahre erreicht wird.

F. Scholz. Grundriss der Mechanotherapie (Massage und Gymnastik). Für Studierende und Aerzte. Mit einem Vorwort von Geh. Rat Brieger und 37 Abbildungen im Text. (Jena 1910. G. Fischer. Preis 4 Mark.)

Kein Zweifel, dass ein Buch wie das vorliegende einem Bedürfnis entspricht. Ist es doch das einzige, welches in der von dem Studierenden wie dem praktischen Arzt geforderten Kürze Massage und Gymnastik gleichmässig behandelt. Alles auf diesen beiden Gebieten wesentliche Wissen und Können zusammenzubringen und kurz, deutlich und nicht trocken vorzutragen, dazu gehört nicht nur ein wissenschaftlich und litterarisch fleissiger, sondern vor allem ein Arzt mit reicher eigener Erfahrung. Dass in dem Autor ein solcher sich gefunden hat, ist für die fortschreitende Würdigung der Mechanotherapie gewiss von grossem Nutzen.

Auf ein kurzes Geleitwort von Brieger, unter dessen Leitung Verf. gearbeitet hat, und auf eine knappe historische Einleitung folgt der allgemeine Teil, der die physiologischen Wirkungen beider Disciplinen, die Massagehandgriffe, die einzelnen Formen der Gymnastik schildert. Die Massagetechnik dürfte nach meinem Empfinden etwas eingehender dargestellt sein.

Es wäre vielleicht auch nützlich, wenn hier auf die für den Anfänger typischen Fehler bei den einzelnen Manipulationen hingewiesen würde. Speziell hinsichtlich der Technik des „Reibens" ist wohl die Vorschrift irrig, dass „die kleinen Bewegungen hauptsächlich im Fingergrundgelenk" ausgeführt werden sollen, während richtiger Ellbogen und Schultergelenk hierfür in Betracht kommen. Freilich holt der spezielle Teil vieles nach, indem hier die Technik der Massage und Gymnastik für die einzelnen Körperteile nochmals besprochen wird. Der dritte Hauptabschnitt endlich umfasst die Mechanotherapie in der Praxis: Anzeigen und Gegenanzeigen,



Mechanotherapie als Prophylaktikum, ihre Anwendung bei der Erkrankung der einzelnen Organsysteme einschliesslich Haut, Auge, Ohr, Blut- und Stoffwechselerkrankungen.

Hier zeigt sich überall das Geschick des Verf. in der prägnanten Darstellung, so dass diese letzten drei Druckbogen dem praktischen Arzt einen seinen Bedürfnissen vollauf genügenden Ueberblick über das gewaltige Gebiet zu geben vermögen.

Die zahlreichen Originalbilder sind gut gewählt und zeigen die Handgriffe so gut, als eine Photographie überhaupt eine Bewegung demonstrieren kann.

Das kleine Buch, das für den billigen Preis sehr gut ausgestattet ist, wird sich sicherlich rasch einführen.

Vulpius-Heidelberg.

Referate.

1) **Gaus.** Verletzungen der Kinder bei Extraktionen. Diss. München. 1910.

Gegenstand der Abhandlung sind die Verletzungen, die bei den Wendungen und Extraktionen während des Zeitraumes von 1884—1907 an der geburtshilflichen Abteilung der Frauenklinik zu München beobachtet sind, mit Ausschluss der absichtlichen Verletzungen der Perforation, Decapitation und Exenteration. Verf. hat der Uebersicht halber die an den einzelnen Körperabschnitten beobachteten Verletzungen topographisch zusammengefasst und schickt jeder einzelnen dieser Gruppen eine allgemeine Uebersicht über das bisherige Wissen und die bisherigen Erfahrungen, wie sie in der einschlägigen Litteratur niedergelegt sind, voraus. Den Orthopäden dürften wohl vor allen Dingen die Gruppen der Extremitätenfrakturen und Lähmungen interessieren.

Blencke-Magdeburg.

2) **Carl Beck** (Chicago). Fractures of pathological bones (Osteopsathyrosis) and their treatment. (Surg. gynecol. and obstetrics. Juni 1910.)

Beck wendet den Namen Osteopsathyrosis nur zur Bezeichnung eines Symptoms an, nämlich in allen Fällen, wo Knochen durch pathologische Vorgänge abnorm zerbrechlich geworden sind. Dazu rechnet er zunächst die Osteomalacie, bei der man abnormen Mangel an Kalksalzen und zahlreiche Osteoklasten im Knochen gefunden hat. B. hält die Theorie von Bossi für die wahrscheinlichste, nach

der die Kalkablagerung im Knochen von der Nebennierenkapsel reguliert wird. Diese Theorie wird unterstützt erstens durch den Tierversuch: bei Schafen hat man nach Entfernen der Suprarenalkapseln typische Osteomalacie auftreten sehen. Zweitens hat man nach Anwendung von Adrenalin-Injektionen die Krankheit zum Verschwinden bringen können. Beck selbst teilt einen solchen Fall ausführlich mit, bei welchem er sich durch zahlreiche Röntgenbilder von einer entschiedenen Besserung überzeugen konnte. Nach 25 Adrenalin-Injektionen konnte er eine neue Ablagerung von Kalksalzen beobachten.

Abnorme Brüchigkeit des Knochens beim geringsten Anlass tritt auch bei der von Recklinghausen beschriebenen Ostitis fibrosa auf. Es handelt sich dabei um eine entzündliche Umwandlung des Knochenmarks im Bindegewebe; sehr häufig findet man darin Riesenzellen. Von diesen Zuständen zu trennen sind die sogenannten Knochenzysten. Wahre Zysten, die innen mit einem Flüssigkeit sezernierenden Epithel ausgekleidet sind, sind im Knochen sehr selten. Es sind verschiedene Arten beschrieben worden, die als gemeinsames Symptom eben die abnorme Brüchigkeit aufweisen. Die Diagnose wird stets durch das Röntgenbild gesichert werden können.

Zander-Heidelberg.

3) **Kienböck** (Wien). Ein Fall von Fragilitas ossium universalis. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. XV. H. 3. S. 143. 1 Tafel.)

Nach Anführung verschiedener Fälle aus der Literatur genaue Beschreibung des Falles: Ein sonst gesunder 59jähr. Mann hatte sich im Lauf der Jahre ca. 1½ Dutzd. Knochenbrüche zugezogen. Die ersten im 15. und 16. Jahr an der Patella, nach 20 Jahren Pause in rascher Folge Brüche an beiden Extremitäten. Vom 40.—52. Jahre wieder Pause, dann wieder eine Anzahl von Frakturen der langen Röhrenknochen. Die Frakturen waren stets schmerzhaft, die Diaphysenbrüche heilten prompt. Die Röntgenuntersuchung ergab, dass es sich um osteoporotische bezw. osteomalazische Prozesse im Skelett handelte. Ferner chronische Arthritis an einigen Gelenken. Ob es sich nun um einfache Osteoporose oder um Osteomalazie handelt, ist nach K. schwer zu entscheiden. Er neigt zu letzterer Ansicht.

Als ätiologisches Moment nimmt K. eine Blutdrüsenerkrankung an. Multiple Tumoren der Knochen, Tabes und Lues werden differentialdiagnostisch ausgeschieden.

Natzler-Heidelberg.



4) **Studeny.** Zur Kasuistik der Knochencysten. (Archiv f. klin. Chir. 92. Bd. 4. Heft, S. 1019 ff. 2 Taf., 3 Textfig. Literatur.)

Die Aetiologie der solitären Cysten der langen Röhrenknochen ist noch nicht klargestellt. St. führt die verschiedenen, heute angenommenen Ursachen an: Erweichung von Tumoren, Enchondrome (Schlange), Ostitis fibrosa (Recklinghausen, Paget), Traumen (Beneke), bakterielle Infektion.

Als Beitrag zu der Frage bringt er die sehr ausführliche Beschreibung eines Falles von cystischem Tumor am unteren Ende der Tibiadiaphyse bei einem 11 jährigen Mädchen: Im Anschluss an ein Trauma entwickelte sich im Verlauf von 8 Monaten der Tumor, der makroskopisch ein myelogenes Sarkom mit cystischer Erweichung annehmen liess. Der Tumor wurde reseziert. In sehr interessanter Weise wurde von Bittner (Brünn) der Ersatz des verloren gegangenen Tibiastückes ausgeführt. (Genaue Mitteilung im Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 16): Aus dem stehen gebliebenen Tibiastück wird „eine nahezu die Hälfte der Tibia einnehmende Spange samt Periost abgelöst, um 180° in medianer Richtung gedreht, so dass das obere breitere Stück der Spange an den Periostknorpelrand der Epiphyse zu liegen kam.“ (Skizze im Original.) Nach einer kleinen Nachoperation wegen Nearthrose und Sequesterbildung an der unteren Diaphyse überall gute Knochenneubildung und „innige Verschmelzung der Fragmente“.

St. kommt auf Grund der genauen histologischen Untersuchung des durch die Operation gewonnenen Präparates zu dem Resultat, dass es sich um eine Knochencyste handelte, die aus einem erweichten Riesenzellensarkom hervorging. Wobei er auf den Zusammenhang zwischen Trauma und Sarkom nicht näher eingeht.

Natzler-Heidelberg.

5) **Decref.** Patogenia y tratamiento de los osteofitos epifisarios y desprendimientos de nucleos oseos. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 118. 14. April 1910.)

D. bespricht die verschiedenen in den letzten Jahren über den sogen. Calcaneus-Sporn von den Autoren aufgestellten Theorien und fügt daran eine Kritik der verschiedenen Ansichten.

Stein-Wiesbaden.

6) **Ribas y Ribas.** Contribucion al diagnostico precoz del osteosarcoma: estudio radiografico. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 127. 21. Juni 1910.)

Man kann oft beobachten, dass das 1. Symptom beim Auftreten eines Osteosarkoms in neuralgieartigen Schmerzen besteht.

Besonders bei dem Osteosarkom des Oberschenkels wird oft zunächst eine Ischias diagnostiziert. Eine sichere Diagnose kann aber schon im Beginn der Erkrankung mit Hilfe des Röntgenbildes gestellt werden, welches auch eine Differentialdiagnose mit anderen Knochenerkrankuugen gestattet.

Stein-Wiesbaden.

7) **P. Carnot** et **Slawu.** Influence de l'adrénaline sur la réparation osseuse et la consolidation du cal. (Soc. de biol. Paris, 15. Mai 1910.)

Die Verfasser haben trepanierten Hunden Adrenalin, bis zu 6 mgr. täglich, verabreicht und gefunden, dass das herausgeschnittene, runde Stückchen viel schueller anwächst, als bei jenen Hunden, die in gleicher Weise operiert worden waren, aber das betreffende Mittel nicht erhalten hatten. Während z. B. bei ersteren die Verknöcherung bereits am 18. Tage eine vollständige war, war dies bei letzteren erst am 23. Tage der Fall. Auch mikroskopisch konnte eine viel raschere Verknöcherung bei adrenalinisierten Hundeu festgestellt werden, als bei den Kontrolltieren.

Diese günstigen Ergebnisse, welche ein Analogon in deu guten Resultaten, welche das Mittel bei Osteomalazie gibt, finden, könnten also gegebenen Falles, z. B. bei Knochenbrüchen, verwertet werden.

E. Toff-Braila.

8) **Carl Beck** (Chicago). Chronic Osteomyelitis, diagnosis and treatment. (Surgery, Gynecology and obstetrics. Febr. 1910.)

Verfasser bespricht jene Fälle von chronischer eitriger Osteomyelitis mit Sequesterbildung, die trotz mehrmaliger Operation keine Neigung zum Ausheilen zeigen. Es sind langsam verlaufende Entzündungsprozesse, bei denen es zu Abszessbildung im Knochen und zu Knochennekrose kommt. Der Sequester liegt in einer Eiterhöhle oder in Granulationsgewebe eingebettet, umgeben von einer reaktiven Osteosklerose und Knochenneubildung. Selten kommt Spontanheilung zustande. Häufiger bricht der Eiter nach aussen durch, oder es bildet sich neuer Knochen mit vielfachen Fistelgängen, durch die zeitweise Knochensplitter entfernt werden. Bei Sondierung kommt man auf rauhen Knochen. Für die Behandlung solcher Fälle ist dringend notwendig: 1. eine exakte Diagnose durch systematische Röntgenuntersuchung und 2. die Radikaloperation. B. rät, zunächst eiuige Röntgenbilder der erkrankten Gegend von verschiedenen Seiten anzufertigen und dann ein Röntgenbild nach Injektion von Wismutpaste zu machen, letzteres womöglich stereo-



skopisch. Nach der Sequestrotomie empfiehlt sich noch ein Bild mit Injektion. Die Sequester sind als dunkle Schatten kenntlich, die von einem hellen Hof umgeben sind, das sind die Granulationen, auf die wieder ein dunkler Schatten folgt, das ist die reaktive Sklerose. Für die Radikaloperation, die B. stets in Blutleere macht, empfiehlt er breite und lange Inzisionen. Ferner legt er Wert darauf, etwaige Knochenresektionen womöglich subperiostal zu machen, da das erhaltene Periost reichlich neuen Knochen zu bilden imstande ist. Beschreibung von 3 Fällen. **Zander** - Heidelberg.

9) **Rieder** (München). Ueber Kombination von chronischer Osteomyelitis (Spina ventosa) mit Lupus Pernio. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. XV. H. 3.)

Nach allgemeinen Bemerkungen über Spina ventosa (Vorkommen, Arten, pathologische Anatomie, röntgenologische Befunde, Klinisches, Aetiologie) Mitteilung von 2 Fällen der oben angeführten Art.

Im ersten Falle bestand schon in der Kindheit Spina ventosa, wo mehrere Phalangen nacheinander befallen waren. Bei dem 25 jährigen Manne Ausheilungserscheinungen des osteomyelitischen Prozesses „unter Bildung stärkerer Osteosklerose, namentlich an der Diaphyse.“ Ausserdem die Kombination mit Lupus Pernio. (4 Figuren, 1 Tafel).

Im zweiten Falle ebenfalls im Kindesalter Spina ventosa. Bei dem 20 jährigen Mann sind osteomyelitische Erkrankungen an verschiedenen Phalangen beider Hände vorhanden. Kombination mit Lupus Pernio. (2 Figuren, 1 Tafel.)

Die Röntgenuntersuchung bei Spina ventosa gibt im allgemeinen nur bei Erwachsenen brauchbare Resultate über die Ausdehnung der Erkrankung, sowie über die Beteiligung der einzelnen Knochenschichten an der Erkrankung. Die Aetiologie kann durch die Röntgenuntersuchung allein nicht immer festgestellt werden. In Betracht käme die Unterscheidung zwischen tuberkulösen, luetischen, und infektiös-osteomyelitischen Prozessen der kurzen Röhrenknochen. Doch kam man in den beiden beschriebenen Fällen erst durch die Röntgenuntersuchung überhaupt auf die richtige Diagnose: In dem einen Fall war zuvor Gelenkrheumatismus, im anderen Erfrierung angenommen worden. Der Beginn der Erkrankung zeigte sich in der Epiphyse, die verschiedenen Stadien (ungleichmässige Rarefikation der Spongiosa, Entkalkung der Knochenbälkchen, Knochendefekte mit Kavernen und verdickten Scheidewänden) waren an den verschiedenen befallenen Knochen nachzuweisen. Also auch



hier, wie sich R. ausdrückt, eine Kombination von osteoklastischen und osteoplastischen Prozessen. Nekrosen, Sequester- und Fistelbildung fehlten. Therapeutisch konnte nichts versucht werden: Ein operatives Vorgehen verbot die Multiplizität der Erkrankung, Röntgenbestrahlung konnte aus äusseren Gründen nicht stattfinden. Der Fall I. zeigte übrigens Tendenz zur Ausheilung.

Natzler-Heidelberg.

10) **Kappis.** Beitrag zur traumatischen Tuberkulose. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 28.)

K. behandelt den Zusammenhang zwischen Trauma und lokaler Tuberkulose. Voraussetzung ist meist ein bereits vorhandener Herd irgendwo im Körper, der aber keine Erscheinungen zu machen braucht. Meist sind es die stumpfen Gewalteinwirkungen und vorzugsweise geringfügigen Traumen, wie Distorsionen und Erschütterungen, die eine Tuberkulose zur Folge haben, fast niemals Frakturen. Verf. beschreibt ausführlich den Fall einer schweren komplizierten Oberschenkelfraktur mit nachfolgender akuter Osteomyelitis, Vereiterung des Kniegelenks, wiederholter Sequestrierung. Untersuchung des Granulationsgewebes der Wundhöhle, einige Monate nach dem Trauma vorgenommen, ergab tuberkulöses Gewebe. Nach der hohen Amputation trat Exitus ein, und die Sektion förderte käsige Herde und frische Tuberkel in den Lungenspitzen und ein tuberkulöses Darmgeschwür zu Tage. Die Wundhöhle war mit tuberkulösem Granulationsgewebe ausgekleidet und in der Muskulatur dieser Gegend fand sich ein tuberkulöser Abszess. Am frakturierten Knochen selbst war nichts tuberkulöses nachzuweisen. Der Fall stellt unzweifelhaft eine traumatische Tuberkulose dar, entstanden von den alten Herden in den Lungen auf dem Wege der Blutbahn nach einem monatelangen schwächenden Krankheitsprozess.

Hohmann-München.

11) **Ribera y Sans** (Madrid). La tuberculosis y el traumatismo; estudio experimental. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. Nr. 1. 121. 7. Mai. 1910.)

Die durch alle Lehrbücher hindurchgehende Ansicht über das Zustandekommen der Knochentuberkulose nach Trauma hat R. einer neuerlichen genauen experimentellen Prüfung unterzogen, nachdem er die Resultate ähnlicher Untersuchungen bereits im Jahre 1906 veröffentlicht hatte. Damals handelte es sich um die Erzeugung artifizieller traumatischer Tuberkulose im Uterus. Von 45 Impfungen waren damals nur 11 positiv ausgefallen und im ein-



zelnen hatten die Untersuchungen zu dem Schlusse geführt, dass das Trauma dabei in keiner Weise die grosse Rolle spielt, welche ihm im allgemeinen zugeschrieben wird. So hatten unter 24 Impfungen von tuberkulösem Material innerhalb des traumatisierten Uterus nur 4 zu tuberkulösen Veränderungen dieses Organs geführt. Bei 14 intravenösen Impfungen war nur zweimal Tuberkulose des traumatisierten Uterus zur Beobachtung gekommen.

Was nun die Beobachtung bei der Knochentuberkulose anbetrifft, so konnte R. unter 607 bezüglichen Fällen nur 142 mal ein wirkliches Trauma feststellen, während natürlich, da es sich zumeist um Kinder handelte, viel öfter von den Eltern ein Trauma für die Krankheit beschuldigt wurde. Von diesen 142 sicher traumatischen Fällen konnte die Diagnose bei 64 Fällen, das ist in 45 %, durch die Operation bestätigt werden. Was nun die experimentellen Versuche betrifft, so wurden 12 Kaninchen intravenös mit 1 ½ ccm reiner Kultur von Tuberkelbazillen infiziert. Ein darauf ausgeführtes heftiges Trauma des Kniegelenks führte in keinem Falle zu einer tuberkulösen Erkrankung an dieser Stelle. Gleichfalls negativ blieben die Versuche bei subkutaner und intraperitonealer Infektion mit Tuberkelbazillenkultur. Dagegen führte die direkte Impfung des Knochenmarks mit Tuberkelbazillen zu einer tuberkulösen Erkrankung der betreffenden Knochen, ganz gleichgiltig, ob ein Trauma ausgeübt worden war oder nicht.

In einer weiteren Serie von Untersuchungen wurde, nachdem einige Tage zuvor eine Kultur von Tuberkelbazillen intravenös injiziert wordon war, nunmehr noch eine Injektion einer Kultur von Staphylococcen oder Streptococcen gemacht. Jetzt entwickelte sich allenthalben eine Mischerkrankung von Tuberkulose und dem betreffenden Eitererreger, ohne dass dabei die Gelenke besonders betroffen waren. Auch jetzt hatte ein auf die Gelenke ausgeübtes Trauma nur negatives Resultat. Obwohl diese Resultate zunächst mit Sicherheit die allgemein angenommene Beziehung zwischen Trauma und Tuberkulose verneinen, möchte R. doch ein definitives Urteil über diese Frage vorläufig noch nicht abgeben, ehe er noch weitere eingehende Experimente gemacht hat.

Stein-Wiesbaden.

12) **Exner** und **Lenk.** Ueber Erfahrungen mit Anwendung der Spenglerschen IK-Therapie bei chirurgischer Tuberkulose. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 30. S. 977. 978)

E. und L. haben 6 Fälle von chirurgischer Tuberkulose genau nach den Anweisungen Spenglers mit IK. behandelt. Sie hatten



keinerlei Erfolg und „finden keine Veranlassung, die IK-Therapie bei chirurgischer Tuberkulose weiter zu verfolgen".

Natzler-Heidelberg.

13) **Ortiz de la Torre.** Resultados del método hiperemiante de Bier en las lesiones óseas y articulares de los ninos. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 122. 14. Mai 1910.

O. unterscheidet 2 grosse Gruppen bei den Kochenerkrankungen der Kinder, die er in offene und geschlossene Läsionen teilt, und hat bei beiden mit der Bier'schen Stauungsbehandlung geradezu erstaunliche Resultate erzielt. Er glaubt, dass, wenn mit dieser Methode nicht allenthalben gute Resultate erzielt worden sind, dies zum grossen Teil auf der angewandten Technik beruht.

Stein-Wiesbaden.

14) **Ritter** (Posen). Knochennaht mit Faszienstreifen. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 34. S. 1113 ff.)

Bei einem Fall von Oberarmbruch in der Nähe des chirurgischen Halses hat R. zur Knochennaht aus dem Oberschenkel entnommene Faszienstreifen benützt. Der Erfolg war gut. Als besonderen Vorzug rühmt R. die leichte Ausführbarkeit, die starke Zugfestigkeit des Materials, Einheilung ohne Nekrose und Vermeidung der Gefahr einer nachträglichen Lockerung, wie bei Drahtnähten, Knochenbolzen u. dergl. **Natzler**-Heidelberg.

15) **Lopez Duran.** Nota previa acera del uso de una membrana animal para producir movilidad en las articulaciones anquilosadas. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 129. 7. Juli 1910.)

D. hat zur Herstellung der Artikulation im Radiokarpalgelenk nach Ankylose mit gutem Erfolge ein Stück einer Schweineblase zwischen die Gelenkenden eingebracht.

Stein-Wiesbaden.

16) **Doevenspeck.** Juvenile Muskeldystrophie infolge Ueberanstrengung. (Münch. Med. Woch. 1910. Nr. 26.)

D. beschreibt den Fall eines 25jährigen Tagelöhners, der das Bild der Muskeldystrophie der Oberarm- und Schultermuskulatur aufweist. Er nimmt als Ursache der Entstehung des Leidens die anamnestisch erhobene Tatsache an, dass Patient im Alter von 14 Jahren mit dem Dreschflegel habe dreschen und die Dreschmaschine habe drehen müssen. Von da an soll das Leiden seinen Anfang mit Schmerzen in den Schultern und der allmählich eintretenden



Unfähigkeit zu dieser Arbeit genommen haben. Nach einem Vierteljahr seien die Schmerzen wieder verschwunden. D. sieht in dieser Ueberanstrengung die eigentliche Ursache des Leidens und nennt seine Fall den ersten mit sichergestellter Aetiologie. Mir scheint, dass auch der Fall von D. uns nicht weiter bringt in der Erforschung der Aetiologie dieses Leidens, sondern dass die zweifellose Ueberanstrengung auch hier nur die bekannte Gelegenheitsursache sein dürfte, die in dem der Entstehung des Leidens günstigen Pubertätsalter einen nicht unwesentlichen Einfluss geübt hat.

Hohmann-München.

17) **Michalsky** (Dresden). Ein Beitrag zur Atemgymnastik. (Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. XIV. Bd. 1910, S. 213 ff.)

Als ersten Zweck seiner Atemübungen gibt M. an, dass die Uebenden sich daran gewöhnen sollen, nicht durch den Mund, sondern durch die Nase zu atmen. Die Nachteile der Mundatmung beim Arbeiten an mediko-mechanischen Apparaten, beim orthopädischen Turnen in geschlossenen Räumen bedürfen keiner besonderen Hervorhebung. Es würde sich empfehlen, mit den 8 Uebungen die M. angibt — sie sind leichter auszuführen. als sich die Beschreibung liest! — einen Versuch zu machen. Sie könnten bei den Freiübungen im Skoliosenturnen eingeschaltet werden und dürften da entschieden von Nutzen sein.

Genaues über die Uebungen ist im Original nachzulesen.

Natzler-Heidelberg.

18) **M. Ch. Dam.** Le torticolis congénital. (Gazette des hopitaux. Nr. 72. 1910.)

Verf. gibt einen allgemeinen Ueberblick über die Pathologie und Therapie des angeborenen Schiefhalses, der an und für sich eine gute Prognose gibt. Die Misserfolge sind hauptsächlich der ungenügenden postoperativen Behandlung zuzuschreiben. Die Behandlung ist in leichten Fällen und bei Säuglingen eine unblutige. Sie besteht in Massage und Bewegungen, in dem Redressement forcé nach Lorenz, das aber als zu gefährlich zu vorwerfen ist, oder in Anlegung von Halskrawatten. Von den operativen Behandlungsmethoden ist die offene Tenotomie als die Operation der Wahl zu empfehlen und in sehr schweren Fällen mit der partiellen Muskelexstirpation zu kombinieren.

Den Hauptwert legt D. auf die postoperative Behandlung, die in Massage, Bewegungen und Suspension besteht. Die schiefe Suspension wird so ausgeführt, dass der Bügel auf der kranken

Seite höher steht und der Arm dieser Seite mit einer Hantel beschwert wird. Dann werden aktive, passive und Widerstandsbewegungen vorgenommen, und zwar Beugung des Kopfes nach vorn, hinten und seitlich, ferner Rotation, ev. mit Extension kombiniert. Durch Fixierung der Schultern kann man auch auf die begleitende Halsskoliose einwirken. Die Nachbehandlung muss täglich fortgesetzt werden, bis man zuletzt das Ohr der gesunden Seite bis zur Berührung mit der Schulter bringen kann. **Zander**-Heidelberg.

19) **Martinez Gatica:** Un caso de Mal de Pott curado con el corsé anti-escoliosico del autor. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 113. 7. März 1910.)

Mitteilung eines Falles von traumatischer Kyphose bei einem 19 jährigen jungen Manne mit Lähmungen des rechten Beines und des rechten Armes, des linken Beines und der Blasen- und Mastdarmmuskulatur, welche durch Korsettbehandlung zur Heilung gekommen ist.

Stein-Wiesbaden.

20) **N. Athanasescu** (Bukarest). Ein neues Zeichen für die Diagnose der beginnenden Pottschen Krankheit. Das Zeichen von **Angelescu.** (Revista stiinzelor med. Juni 1910.)

Die Therapie der Wirbeltuberkulose hängt zum grossen Teile von der Evolutionsperiode, in welcher sich die Krankheit findet, ab. Die besten Erfolge erzielt man unstreitig am Beginne der Erkrankung und ein frühzeitiges Erkennen derselben ist also von grosser Wichtigkeit. Ein solches Hilfszeichen ist das von Prof. Angelescu gefundene, welches der Verfasser in seinem Aufsatze näher beschreibt.

Ausgehend von dem Grundsatze, dass die meisten Wirbeltuberkulosen an der Vorderseite der Wirbelkörper beginnen, und zwar unmittelbar unter dem longitudinalen Bande, muss angenommen werden, dass Zerrungen dieser Gegend von den Kranken schmerzhaft empfunden werden müssen. Hierzu legt man die betreffenden Patienten auf den Rücken und lässt sie sich derart biegen, dass der Körper nur auf den Fersen und dem Hinterkopfe aufliegt. Bei bestehender Wirbeltuberkulose fühlen die Kranken dabei entweder an der kranken Stelle einen starken Schmerz, oder das Biegen ist überhaupt nicht möglich, da die auftretenden Schmerzen ganz unerträglich sind.

Auf diese Weise konnte in zwei Fällen die Diagnose der Pottschen Krankheit in den ersten Anfängen gestellt werden, zu einer Zeit, als weder Schmerz auf direkten Druck, noch Steifheit



der Wirbelsäule, noch ein vorspringender Dornfortsatz zu finden war.

E. Toff-Braila.

21) **Brugsch.** Ueber das Verhalten des Herzens bei Skoliose. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 33.)

B. betont das häufige Vorkommen von Herzdilatationen und Hypertrophien bei skoliotischen Patienten, namentlich den schweren Kyphoskoliosen, bespricht die Erscheinungen, Herzklopfen und übernormal schnellen Puls bei leichteren Anstrengungen. Im Röntgenbild sieht man bei 80% der Fälle eine sogen. mitrale Konfiguration des Herzens, d. h. eine starke Konvexität links in der Mitte, die eine Erweiterung des linken Vorhofes bedeutet und auf Mitralstenose gewöhnlich bezogen wird. Bei den Skoliotikern aber deutet diese Figur meist nicht eine Mitralstenose an, wie die Auskultation entscheidet, sondern ein sogen. aplastisches Herz, ein zu kleines Herz, wie beim Stillerschen asthenischen Habitus. Durch Gymnastik, namentlich durch Kriechbehandlung, hat B. Besserungen feststellen können.

Hohmann-München.

22) **Bertsch.** Über Lungenveränderungen bei hochgradiger Kyphoskoliose. (v. Baumgarten, Arbeiten a. d. Tübinger pathol. Inst. Bd. VII, H. 2, S. 340—358. 1910.)

Bei einer relativ seltenen linkskonvexen Kyphoskoliose war im Gegensatz zur Regel die rechte Lunge komprimiert und indukiert. Es handelt sich nicht um Induration einfach atelektatischer Lungenabschnitte, sonden um Karnifiktion nach Pneumonie, zu der die Ateletase disponierte.

Pol-Heidelberg.

23) **James Fränkel.** Ergebnisse der Kriechbehandlung. (Münch. Med. Woch. 1910. Nr. 33.)

Fränkel, der sich in neuester Zeit am lebhaftesten für die Kriechmethode ins Zeug legt, bringt in dieser Arbeit dieselben Ausführungen, die er auf dem Orthopädenkongress 1910 über diese Frage machte, vertritt nochmals die Mobilisierung der Skoliosen bei Lordosierung und teilt eine Reihe von mit Herzaffektionen kombinierten Fällen von Skoliosen bzw. rundem Rücken mit, bei denen die Kriechbehandlung neben der Skoliose auch die Herzbeschwerden günstig beeinflusst habe. Es folgen 5 Abbildungen, vor und nach der Behandlung, von denen einige schon auf dem Orthopädenkongress in der Diskussion als nicht beweiskräftig abgelehnt wurden. Es tut mir leid, sagen zu müssen, dass sie durch die Wiederholung



der Vorführung nicht beweisender geworden sind. Insbesondere ist es meiner Ansicht nach ein Kardinalfehler, wenn die Vergleichsbilder in verschiedenen Haltungen aufgenommen werden und zwar merkwürdiger Weise fast stets das Bild vor der Behandlung in schlaffer Haltung. Wenn F. bei einigen bemerkt, dass das Bild vor der Behandlung in schlaffer wie in straffer Haltung das gleiche gewesen sei, so mag man das glauben, allein zu einer exakten Darstellung der Wirkung einer Methode gehört es schon, dass auch der Schein der Ungenauigkeit vermieden wird. Dass durch die Bilder Fs. etwas anderes bewiesen wird, als dass die Muskulatur der Patienten durch die Uebungen gekräftigt worden ist, kann ich nicht zugeben.

Hohmann-München.

24) **Biesalski.** Grundsätzliches zur Behandlung der Littleschen Krankheit. (Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 31.)

B. grenzt aus seinen Erfahrungen das Gebiet für die Anwendung der Försterschen Operation unter den Littlefällen ab und kommt zu dem Schluss, primär nur solche schwerste Fälle zu radikotomieren, deren Spasmen dauernd so heftig auftreten, dass alle Glieder so starr fixiert sind, dass sie auch nach Tenotomieen und Redressement in der Korrekturstellung diese Starrheit beibehalten. Zunächst sollen alle Fälle von der Operation ausgeschlossen sein, die sich wenn auch mühsam durchs Zimmer bewegen können, ferner die Fälle mit wechselnden Spasmen, die im Bett ziemlich frei von ihnen sind, beim Versuch des Aufstellens aber heftig davon ergriffen werden, sodass sie bewegungsunfähig sind. Aus seinen Operationserfahrungen empfiehlt B. neben den lumbalen Wurzeln die erste Sakralwurzel und nicht die zweite zu wählen, damit man nicht zu nahe an den Anus kommt. Zur Blutstillung verwendet er reichlich Adrenalin, legt grossen Wert auf sorgfältigsten Schutz vor sekundären Infektionen und lagert die Patienten im Gipsbett. Sekundär sind oft noch Tenotomien der verkürzten Muskelgruppen nötig, um die Operation auch zur Wirksamkeit kommen zu lassen. In solchen Fällen empfiehlt er deshalb diese Tenotomieen vorher ausführen zu lassen. Wie auch Förster legt B. auf eine sehr exakte Uebungsbehandlung nach der Operation grossen Wert.

Hohmann-München.

25) **Flörcken.** Zur Behandlung tabischer Krisen mit Resektion der hinteren Wurzeln. (Münch. Med. Woch. 1910. Nr. 27.)

F. teilt einen Fall aus der Enderlenschen Klinik in Würzburg mit, bei dem in Folge von ausgesprochener Tabes krisenartige Schmerz-



anfälle auftraten, die in der Gegend des 4. Brustwirbels beginnend sich nach unten ziehen bis zum 9. Brustwirbel und intensiv nach vorn ausstrahlen in den Interkostalräumen bis zum Sternum. Sie liessen sich durch Druck neben der Wirbelsäule oder in den Interkostalräumen auslösen, sind allerheftigster Art und sehr häufig. Beiderseits wurde die 5.—9. Dorsalwurzel durchschnitten. Der Erfolg war frappant. Die Schmerzattacken verschwanden völlig, nur ein leichtes Zucken im 5. rechten Interkostalraum tritt noch bisweilen auf. — **Hohmann-München.**

26) **Röpke** (Jena). Zur Technik der Laminektomie in der Behandlung von Rückenmarkstumoren. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 33. S. 1076. 1 Abbildung.)

R. empfiehlt ein neues osteoplastisches Verfahren zur Eröffnung des Wirbelkanals bei Rückenmarkstumoren, das einerseits den Wirbelkanal breit zugänglich macht, andererseits das Opfern der Wirbelbögen erspart: die Dornfortsätze werden bis an die Basis hin abgekniffen. Dann werden von den Bögen Muskel-Periostknochenlappen abgetrennt, etwaige Bogenreste mit der Zange entfernt. So wird ein übersichtliches Operationsfeld geschaffen. Nach der Operation Duranaht, dann Naht der Muskelwunde, wodurch die Knochenperiostlappen einander so weit genähert werden, dass eine solide Verknöcherung eintreten kann, genügend weit von der Dura entfernt, um nicht durch Callusbildung eventuell schädigend wirken zu können. Eine Skizze illustriert die Technik des Verfahrens.

Natzler-Heidelberg.

27) **Albert E. Stein.** Zur Behandlung von Schultergelenksversteifung. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 26.)

St. beschreibt und illustriert seinen am Orthopädenkongress 1910 gezeigten Apparat zur passiven Mobilisierung von Schultergelenksversteifungen, der hauptsächlich in einem das Schulterblatt von oben her fixierenden Gurt besteht, da St. ganz richtig von der bekannten Erfahrungstatsache ausgeht, dass Schulterversteifungen nur unter genauester Fixierung des Schulterblattes mobilisiert werden können. **Hohmann-München.**

28) **Lengfellner** und **Frohse** (Berlin). Die Möglichkeiten der operativen Behandlung der Lähmung des Musculus biceps brachii. (Mediz. Klinik. 1910. Nr. 31. S. 1220 ff.)

L. und F. überpflanzen das Cap. long. (eventuell auch das Cap. mediale oder laterale) tricipitis auf den gelähmten Bizeps. Genaue Angabe der Technik.



Bei einer etwaigen Nervenüberpflanzung wollen sie den motorischen Zweig für den M. teres major — und zwar nur diesen — in den N. musculocutaneus einpflanzen. **Natzler**-Heidelberg.

29) **Grunert.** Luxation des Nervus ulnaris. (Med. Klinik 1910. Nr. 24. S. 942.)

Kasuistischer Beitrag mit Besprechung der Aetiologie und Therapie im allgemeinen: Bei gestrecktem Arm des 23 jährigen Pat. war der Nerv im Sulcus bicipitalis deutlich verdickt und abnorm beweglich. Beim Beugen sprang er jedesmal völlig über den Condylus internus hinüber. G. ist der Ansicht, dass es sich bei dem erwähnten Leiden in der Regel um eine kongenitale Affektion handelt.

Durch Annähen des Nerven an die Tricepssehne wurde völlige Heilung erzielt, so dass der Pat. nach ca. 8 Wochen dienstfähig zur Truppe entlassen werden konnte. **Natzler**-Heidelberg.

30) **Ewald** (Wien). Ueber den Zugverband beim Vorderarmbruche. (Zentralbl. f. Chirurgie. 1910. Nr. 32. S. 1037. 1 Abbildg.)

E. bringt neben einer kurzen Mitteilung die Abbildung eines Extensionsverbandes bei Vorderarmbruch, die das von ihm geübte Verfahren deutlich erkennen lässt. Ein besonderer Gegenzug am Oberarm wie beim Bardenheuerschen Verband fällt weg. Die Neigung zur Pronation kann durch supinierende Züge leicht ausgeschaltet werden. **Natzler**-Heidelberg.

31) **A. Oller.** Las luxaciones del semilunar del carpo. (Revista Clinica de Madrid. No. 4. 15. Februar 1910.)

O. teilt einen Fall von palmarer Luxation des Os semilunare bei einem Arbeiter mit, welcher etwa 4 m hoch gefallen und auf die ausgestreckte linke Hand aufgekommen war. Der luxierte Knochen wurde operativ entfernt. Im Anschluss an diesen Fall wird die Aetiologie dieser Verletzung und die gesamte Statistik besprochen. Die Diagnose kann nur mit Hilfe der Röntgenstrahlen sicher gestellt werden. Was die Behandlung betrifft, so kann man, wenn der Fall frisch in die Beobachtung kommt, die Reposition durch Extension der Hand und Druck auf den luxierten Knochen versuchen. Misslingt diese oder kommt der Fall spät in die Beobachtung, so ist die Operation angezeigt.

Stein-Wiesbaden.



32) **R. Schreiber** (Berlin). Ueber Syndaktyliebehandlung. (D. Zeitschr. f. Chir. 105. Bd. 5.—6. H.)

Die operative Behandlung der Syndaktylie empfiehlt sich nur dann, wenn die Finger mit getrennten Sehnen versehen sind, also funktionstüchtig sein können. An der Bierschen Klinik wurde hauptsächlich die Methode von Zeller geübt: es wird ein möglichst grosses dreieckiges Läppchen gebildet, dessen Basis an der Kommissur liegt und dessen Spitze bis zum ersten Interphalangealgelenk reicht. Mit der Schere wird die Verbindung der Finger weit bis unten durchtrennt, das Läppchen nach vorn geschlagen und die Spitze durch eine Naht an der Volarseite fixiert. Bei dieser Zellerschen Methode traten jedoch oft Narbenkontrakturen auf. Gute Resultate wurden nun durch eine Modifikation der Methode erzielt, die darin besteht, dass ein Läppchen mit Scharlachrotsalbe zwischen die gespreizten Finger gelegt wird. Dieses bedeckt die beiden Wundflächen an der Fingerinnenseite und die Kommissur und wird durch einen schmalen Heftpflasterstreifen festgehalten. Die Salbe bewirkt eine schnelle Granulierung der Wundflächen, die nach 14 Tagen schon epithelisiert sein können. 9 Fälle sind bereits in dieser Weise operiert worden, ohne dass Kontrakturen aufgetreten sind.

Zander - Heidelberg.

33) **Ortiz de la Torre.** Luxaciones de la cadera. — Nueva técnica para la reduccion. (Rev. Clin. de Madrid. No. 3. 1. Februar 1910.)

O. beschreibt ein von ihm vielfach mit gutem Erfolge geübtes Verfahren der Einrenkung der traumatischen Hüftgelenkluxation. Der Patient wird auf den Boden gelegt. Ein festes Handtuch wird über seine beiden Hüftkämme so gelegt, dass die Enden des Tuches zu beiden Seiten auf dem Boden liegen. 2 Assistenten treten je auf 1 Seite und fixieren, indem sie sich auf die Enden dieses Handtuches stellen, durch ihr eigenes Körpergewicht das Becken auf dem Erdboden. Der luxierte Oberschenkel wird nunmehr rechtwinklig in Hüft und Knie gebeugt. Unter dem Kniegelenk wird ein zweites festes Handtuch durchgeschlungen, dessen Enden wiederum jederseits die beiden Assistenten, welche mit ihrem Körpergewicht das Becken fixieren, ergreifen und über die Schulter ziehen. Auf das Kommando des Operateurs üben nun die beiden Assistenten einen sehr starken Zug an dem flektierten Oberschenkel, und es gelingt auf diese Weise leicht die Einrenkung der Hüfte. O. glaubt, dass die Zugkraft, welche auf diese Weise ausgeübt werden kann,



mehr als 100 kg. beträgt. Das Verfahren hat den grossen Vorteil, dass es ohne ärztliche Assistenz mit Hilfe von irgend welchen Gehilfen und an irgend einem Orte leicht ausgeführt werden kann.

Stein-Wiesbaden.

34) **Ziegner.** Die coxitischen Luxationen des frühen Kindesalters. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1910. 105. Bd., S. 404 ff. Mit 25 Abbildungen.)

Nach einleitenden Bemerkungen über die Geschichte der coxitischen Luxationen teilt Z. 6 Fälle derselben mit. Von 128 ein- und doppelseitigen Hüftluxationen, die der Chirurg. Universitätsklinik Berlin in den letzten 2 Jahren zugingen, waren 11 Spontanluxationen nach Coxitis. Bezüglich der Aetiologie ist er der Ansicht, dass es sich in der Regel nicht um eine synoviale Entzündung mit sekundärer Gelenksbeteiligung (Drehmann, Wette) handelt, sondern um osteomyelitische Metastasen. Meist sind es Distensionsluxationen (infolge schneller und starker Kapseldehnung), selten Destruktionsluxationen (infolge hochgradiger Zerstörungen der Gelenkenden). Das Röntgenbild zeigt nur am Anfang Unterschiede gegenüber der kongenitalen Luxation. Bei längerem Bestehen sind prinzipielle Unterschiede nicht mehr nachweisbar. Die Behandlung ist die gleiche, wie bei der kongenitalen Luxation: Unblutige Einrenkung. In der Regel ist der Ablauf der entzündlichen Erscheinungen abzuwarten. Fisteln sind keine unbedingte Kontraindikation. Die Prognose ist selbst bei schwerer Destruktion der Knochenenden noch günstig.

25 grösstenteils sehr instruktive Röntgenbilder illustrieren die Arbeit.

Natzler-Heidelberg.

35) **Henning Waldenström.** Die Tuberkulose des Collum femoris im Kindesalter und ihre Beziehungen zur Hüftgelenkentzündung. (Stockholm 1910. Norstedt & Söner.)

Die Arbeit beschäftigt sich an der Hand von 83 selbst beobachteten und behandelten Fällen eingehend mit der Pathologie der Collumtuberkulose mit ausführlicher Litteraturangabe und genauer Anführung der Krankengeschichten und der radiologischen Befunde.

Unter den 83 Fällen bestand 22 mal, also in 26,5 % ein primärer Herd im Collum, und zwar meist bei Kindern unter 5 Jahren.

Verf. empfiehlt sehr die probatorische Tuberkulininjektion, die ausser der Allgemeinreaktion noch die diagnostisch bedeutungsvolle



Herdreaktion hervorruft. Letztere zeigt sich in einer Vermehrung der koxitischen Symptome und entscheidet, ob ein Collumherd isoliert oder mit Synovitis kombiniert vorhanden ist. Bei Synovitis tritt vermehrte Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Kapsel und deutliche Bewegungsbeschränkung auf. Charakteristisch für Collumherd ist gesteigerter Druckschmerz über dem Herd, dagegen keine Bewegungsbeschränkung.

Am häufigsten (15 mal unter den 22 Fällen) fand sich der untere Collumherd, der stets im unteren medialen Teil des Collum dicht am Epiphysenknorpel liegt und meist Sequester enthält. Er wirkt meist stark destruktiv, indem er bald ins Gelenk durchbricht und den grössten Teil des oberen Femurendes zerstört.

Der obere Collumherd ist gutartiger und liegt hauptsächlich im oberen Teil des Collum, dicht am Epiphysenknorpel. Der Herd entwickelt sich sehr langsam und vergrössert sich nach aufwärts. Der obere Rand des verdickten Halses wird kürzer, der untere krümmt sich um. So entsteht auch klinisch ein Krankheitsbild, das der Coxa vara ähnlich ist und in intermittierendem Hinken, Bewegungsbeschränkung, besonders Abduktion, Trochanterhochstand, Atrophie und Trendelenburg besteht. Während jedoch bei Coxa vara der Trochanter prominent ist, erscheint er hier mehr eingesunken. In späteren Stadien kommt es noch zu deformierenden Prozessen, die vielfach schon als juvenile Osteoarthritis deformans coxae gedeutet worden sind. Im Gegensatz zum oberen Collumherd ist der Schenkelkopf beim unteren meist frei von Tuberkulose, entsprechend der Gefässversorgung.

Beim oberen Herd kann man durch konservative Behandlung ein bewegliches Gelenk erzielen. Operation kommt nur in Frage, wenn der Kopf noch nicht deformiert ist.

Ein isolierter unterer Herd muss entfernt werden. Ist er mit beginnender Synovitis kompliziert, so empfiehlt Verf. die prophylaktische extrakapsuläre Herdexstirpation: Zurückklappen des Trachanter, Einbohren eines Trepans bis zum Herd, der exkochleirt wird. Nach Anlegen eines festen Verbandes Lagerung in ein Gipsbett mit stark abduziertem Bein. Besteht bei unterem Collumherd eine vorgeschrittene Synovitis, so ist erst konservative Behandlung anzuraten, später eventuell Radikaloperation. **Zander-Heidelberg.**

36) **Vivier.** Traitement des fractures de la cuisse chez l'enfant. (La Pathologie infantile. 7e Année Nr. 7. 1910.)

Die Oberschenkelbrüche beim Kind entstehen meist im mittleren und unteren Drittel, sehr häufig nach langer Immobilisierung im



Gipsverband bei Coxitis oder Hüftluxation. Ihr Sitz ist dann fast immer dicht oberhalb der Epiphysenlinie. Das obere Fragment wird durch den Psoas nach vorn und aussen gezogen. Auf das untere wirken die Adduktoren ein. Es entsteht ein Winkel mit nach vorn und aussen gerichtetem Scheitel.

Als Behandlung hat sich Verf. ein Gipsverband bewährt, ähnlich wie bei Coxitis um Becken und ganzes Bein. In Narkose wird nach völliger Muskelerschlaffung ein Zug in Abduktion ausgeübt und so der Verband angelegt. Ein Sitzring wird anmodelliert. Nach 14 Tagen Laufen. Der Verband bleibt 30—40 Tage liegen, dann nach 2—3 Wochen Nachbehandlung. **Zander**-Heidelberg.

37) **Kienböck** (Wien). Ueber Osteochondritis an der Tuberositas tibiae und die sogenannte Osgood-Schlattersche Erkrankung. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. XV. H. 3. S. 135. 5 Fig.

Im Jahre 1903 beschrieben unabhängig von einander Osgood und Schlatter eine Krankheit, die sich klinisch im allgemeinen als eine mehr oder minder grosse schmerzhafte Schwellung in der Gegend der Tuberositas tibiae präsentierte. Die beiden Autoren fassten die Affektion traumatisch, als Abreissung des Schienbeinstachels auf. Zu grösstenteils anderen Resultaten kommt K. auf Grund von 7 genau klinisch und radiologisch untersuchten Fällen. Es handelte sich um 5 Knaben und 2 Mädchen im Alter von 12—15 Jahren. Die Affektion—Schwellung, verschieden schmerzhaft, in der Gegend der Tub. tib., einmal mit Fluktuation— war 6 mal einseitig, einmal doppelseitig. Störungen nur bei Anstrengungen und auch dann nicht hochgradig. Kniegelenke nicht geschwollen. Das Pathologische des Röntgenbildes sieht K. „in der verschwommenen Aufhellung der Konturen und in der verschwommenen, kleinfleckigen Aufhellung z. T. Zerklüftung des Innenbildes der Epiphysenzunge und des Tuberositaskerns", also nach K. hauptsächlich das Bild der Knochendestruktion. Er meint weiter, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um eine Osteochondritis (5 Fälle) handle. Auch in zwei weiteren Fällen lässt er diese Diagnose als wahrscheinlich gelten. Aetiologisch nimmt er kein Trauma, sondern eine Quetschung oder Zerrung an. (Der Unterschied scheint mir höchstens graduell, nicht prinzipiell zu sein! Ref.) Auf Grund des letzten Falles, bei dem ein tuberkulöser Abscess bestand, meint K., dass es sich bei ähnlichen Krankheiten um Tuberkulose handeln könnte. Auch Infektionen anderer Art will er gelten lassen. Schliesslich kommt auch



noch die Osgood-Schlattersche Ansicht zu ihrem Recht. Doch erscheinen K. Namen wie O.-Sch.'sche Fraktur und Erkrankung nicht recht angezeigt. **Natzler**-Heidelberg.

38) **Kienböck** (Wien). Ein Fall von Abbruch der Tuberositas tibiae samt Teil des Condylus. (Fortschr. auf d. Geb. der Röntgenstr. Bd. XV. H. 3. S. 140 ff. mit 2 Textfig. u. 4 Röntgenbildern.)

K. trennt streng die Läsionen leichterer Art der Gegend der Tuberositas tibiae von denen schwerer Art, „wie es der Abbruch der ganzen Tuberositas tibiae mit oder ohne Teil des Kondyls ist." Er macht den Versuch einer klinischen Differentialdiagnose zwischen Kontusionen und schwereren Verletzungen der Regionen und stellt für die letzteren verschiedene Formen auf.

Dann führt er den oben bezeichneten Fall an. Er erweckte bei der klinischen Untersuchung den Verdacht auf Gelenkfraktur. Die radiologische Untersuchung (5 Wochen nach d. Unfall) ergab einen Abbruch der Tuberositas tibiae mit dem vorderen und lateralen Rand der Epiphysenscheibe. Das Stück war nur mit dem unteren Teil abgehoben, mit dem oberen noch fixiert. Therapeutisch wurde ausser Bettruhe nichts getan. Nach 2 Monaten Gehen mit Stock, nach 3—4 Monaten normales Gehen. Trotz zweier weiterer Traumata nach 5 Jahren fast völlig normaler Befund. Gang tadellos. Auch radiologisch fast völlig normal. **Natzler**-Heidelberg.

39) **Fink** (Karlsbad). Ueber veraltete traumatische Luxationen des Fusses im Talocruralgelenk. (Archiv f. klin. Chir. 92. Band, 4. Heft, S. 1194 ff. 2 Textfiguren, Literatur.)

Monographieen über traumatische Luxationen des Fusses im Talocruralgelenk haben 1898 Wendel und 1904 Richter verfasst. Veranlasst durch einen selbstbeobachteten Fall studierte F. insbesondere die veralteten Luxationen dieses Gelenks. Diese veralteten Luxationen bieten verschiedene Schwierigkeiten: In der Diagnose, der Behandlung und endlich in der Erlangung eines guten funktionellen Resultats.

Unter „veralteten" Luxationen versteht F. mit Streubel-Krönlein im allgemeinen solche, die länger als 3 Wochen bestanden haben (das genauere Schema ist: 1. frische Luxationen ohne entzündliche Symptome 1—3 Tage. 2. Luxationen mit bereits eingetretener entzündlicher Reaktion — „intermediäre" — 2—3 Wochen. 3. Luxationen mit bereits bestehenden regenerativen Veränderungen — „veraltete" — über 3 Wochen.)

In der Literatur sind 12 solche Fälle bekannt, inklusive des F.'schen. 5 Luxationen im Talocruralgelenk nach vorn, 6 nach hinten, 1 „Pronationsluxation". Das Vorherrschen der Luxationen in sagittaler Richtung wird mit der verhältnismässig geringen Difformität erklärt, wodurch eben die Diagnose erschwert wird. Gewöhnlich werden dann Kontusionen des Sprunggelenks mit starkem Bluterguss diagnostiziert.

Von den 11 bekannten Fällen gibt F. nähere Details. Dann bespricht er genau den von ihm beobachteten Fall, bei dem es sich um eine Fibulafraktur mit Verschiebung des ganzen Fusses nach hinten handelte. Nach 2 maligem erfolglosem Versuch einer unblutigen Reposition operative Behandlung. Das Nähere, das über die mannigfachen Schwierigkeiten der Reposition etc. genaue Auskunft gibt, wäre im Original nachzulesen. Nur soviel: das Endresultat war ein gutes; nach 4 Wochen Gehversuche, nach weiteren 4 Wochen Entlassung „mit ziemlich guter Funktion".

Die bei veralteten Luxationen im Talocruralgelenk in Betracht kommenden Behandlungsmöglichkeiten sind: Die unblutige Reposition (manuell oder mit dem Osteoklasten) und die blutige Reposition (Tenotomie, besonders bei den Franzosen geschätzt, und Arthrotomie).

Die Resultate sind schlecht: In allen Fällen wurde zuerst unblutige Reposition versucht, die 8 mal nicht gelang. Einmal nur war ein guter Erfolg zu verzeichnen. Dreimal ein Teilerfolg. Dreimal wurde dann blutig reponiert: Zwei Erfolge, bei einem Misserfolg!

F. kommt zu dem Schluss: Nach erfolglosem unblutigen Repositionsversuch operative Behandlung. Ob sie wesentlich bessere Resultate liefert, wird eine grössere Zahl von Fällen zeigen müssen: Sie wurde bisher erst dreimal versucht!

Natzler-Heidelberg.

40) **Chutro.** Sobre la Operacion de Wladimiroff-Mikulicz. (87 S. mit 28 Abbildungen. 1910. Buenos-Aires.)

Die Operation nach Wladimiroff-Mikulicz, welche in Deutschland Allgemeingut der Chirurgen ist, scheint im Ausland noch keineswegs sehr bekannt zu sein; wenigstens hat Ch. in der gesamten südamerikanischen Literatur nur 4 einschlägige Fälle ermitteln können einschliesslich seiner beiden eigenen Beobachtungen. In der vorliegenden Monographie wird die Geschichte dieser Operation und die verschiedenen von den Autoren angegebenen Modifikationen ausführlich beschrieben und durch zahlreiche sehr instruktive Ab-



bildungen illustriert. Ch. selbst macht auch einige Vorschläge zur weiteren Verbesserung, die darauf hinauszielen, nur knöcherne Teile zu opfern. Er hatte aber bisher noch keine Gelegenheit, seine Leichenversuche an einem praktischen Falle zu erproben. Die beiden von ihm beobachteten Fälle, welche ausführlich geschildert und durch eine ganze Reihe von Abbildungen und Röntgenbildern illustriert werden, wurden nach dem ursprünglichen Verfahren operiert. In dem einen derselben handelte es sich um einen 52jährigen Mann, welcher an einem Fungus des Calcaneus litt; in dem andern Fall handelte es sich um einem 38jährigen Mann mit einer Tuberkulose des Fussgelenks.

Stein-Wiesbaden.

41) **Decref.** Estado actual de los trabajos sobre patogenia de las exostosis del calcáneo llamadas espuelas. (Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 128. 28. Juni 1910.)

Uebersicht über die Pathologie der Calcaneusexostosen. Die Aetiologie dieser Erkrankung kann auf Syphilis, auf Gonorrhoe, auf Rheumatismus, auf Rhachitis und auf Arteriosklerose zurückzuführen sein. Es führt meistens eine nicht-operative Behandlung zur Heilung der Beschwerden. Die Operation ist nur in seltenen Fällen indiziert.

Stein-Wiesbaden.

42) **Kay-Schäffer.** Die Köhlersche Knochenerkrankung. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 29.)

Es wird ein Fall mitgeteilt, der an das von Köhler und Hänisch beschriebene Bild einer Erkrankung des Navikulare bei Kindern erinnert, wo im Anschluss an ein Trauma eine fehlerhafte Entwickelung der primären Knochenkernanlage sich ausbildet. Im vorliegenden Fall war ein Backstein auf das Dorsum pedis gefallen, und ein paar Tage danach klagte Patient über stechende Schmerzen an dieser Stelle beim Gehen, die sich in der Ruhe verloren, war müde und schlief unruhig, hatte auch ein wenig Temperatursteigerung. Das Röntgenbild zeigte eine Verdichtung des os naviculare, das verkleinert und sklerotisch aussah unter Andeutung der normalen Grenzen. Der andere Fuss war normal. Die Wade zeigte Atrophie. Unter Bettruhe, Priessnitz und Massage der Wade bildeten sich die Beschwerden zurück. Zwei Jahre nach dieser Erkrankung ergab das Röntgenbild völlig normale Verhältnisse.

Hohmann-München.

43) **E. W. Ryerson** (Chicago). Tendon transplantation in flatfoot. (Amer. journ. of orth. surg. 1910. Bd. VII, 4.)

Um in schweren Fällen von Plattfuss die Pronation zu beseitigen



hat man die Peroneen durchschnitten. R. hat jedoch öfter Rezidive beobachtet, möchte auch nicht auf die Kraft der guten Muskeln so ohne weiteres verzichten, weshalb er beide Peroneen unterhalb des Malleolus ext. durchtrennt und um die Fibula und über den Fussrücken zum 1. Keilbein führt, wo sie mit Seide befestigt werden. In den bisher so behandelten Fällen wurde immer eine dauernde Supinationsstellung erreicht, 3 mal auch eine aktive Wirkung der Peroneen konstatiert. 6 wöchiger Gipsverband und Nachbehandlung sind notwendig.

Ewald-Hamburg.

44) **Hübener** (Gera). Ein Beitrag zur Technik der Herstellung von Fussabdrücken. (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1910. H. 16. S. 636.)

Modifikation der Fischerschen Methode. Der Fuss wird mit einer Lösung von 10% Liq. ferr. sesquichlorat. angefeuchtet und tritt auf mit 10% Kal. ferrocyanat. getränktes Filtrier- (nicht Konzept-) papier. Es entsteht ein Abdruck der Fusssohle in Berliner Blau. Die Methode gibt gute Resultate, ist einfach und billig.

Natzler-Heidelberg.

Kongress- und Vereinsnachrichten.

45) **82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg vom 18. bis 24. September 1910.**

Unter dem Vorsitz von Rehn, v. Eiselsberg und Garrè tagte die chirurgische Abteilung der diesjährigen Naturforscherversammlung. Eine verhältnismässig grosse Zahl der Vorträge beschäftigte sich mit Knochenerkrankungen und Knochenoperationen, die auch orthopädisches Interesse besitzen.

Garrè schilderte die Bedeutung kleiner osteomyelitischer Epiphysenherde als Ursache jahrelanger intermittierender Gelenkschmerzen. Die Lokalisation der Osteomyelitis in den Epiphysen ist namentlich am Kniegelenk keine Seltenheit, wie dies schon Schede betont hat. Es handelt sich um kleine, bohnengrosse Herde, die weder zur Eiterung noch zur Sequesterbildung führten und lediglich Gelenksymptome machen. Erst das Röntgenbild führt auf die Diagnose. Die Therapie kann symptomatisch in entlastenden Verbänden oder radikal in der Entfernung des Krankheitsherdes bestehen. Ludloff betont den Wert des Perkussionsschmerzes für die Lokalisationsdiagnose der Herde.

Bergemann (Königsberg) schildert die Erfolge des Lexerschen Bindenverbandes ohne feste Schiene bei Radius- und Malleolarfrakturen. Während bei Radiusbrüchen eine Flanellbinde zur Anlegung des Verbandes genügt, wird beim Malleolarbruch die redressierte Stellung durch Heftpflasterstreifen in Verbindung mit Gummizügen erhalten. Von 20 so behandelten Fällen haben alle normale Erwerbsfähigkeit, zum Teil in überraschend kurzer Zeit, erreicht. Die durch-



schnittliche Behandlungsdauer bei Malleolarfrakturen betrug 50 Tage. Stieda (Halle) und Paetzold (Graudenz) empfehlen ebenfalls das Lexersche Verfahren, während Storp (Danzig) seinen bekannten Radiusverband als einfacher vorzieht.

Samter (Königsberg) demonstriert den Erfolg bei Exarticulatio pedis mit dem Zirkelschnitt wegen Gangräna senilis. Er wendet dies Verfahren (mit mehr minder schräger Absägung der Malleolen) als typische Operation an Stelle der tiefen Unterschenkelamputation an und erzielt durch die Erhaltung der unteren Knorpelfläche gut tragfähige Stümpfe.

Joachimsthal (Berlin) wies auf die Bedeutung von Wirbelanomalien für die Aetiologie der angeborenen Skoliose hin. Abnormitäten der Wirbelossifikation haben neben Halsrippen und mechanischen Momenten (Raumbeschränkung im Uterus) die grösste ätiologische Wichtigkeit. Sie führen zur Bildung von Schalt- und Keilwirbeln, die namentlich in der Lendenwirbelsäule beobachtet werden. Therapeutisch können bei dieser Aetiologie operative Massnahmen in Frage kommen.

Wrede (Königsberg) demonstriert eine Familie mit (lateralen) Patellarluxationen. Neben diesen Luxationen bestanden auch anderweitige Anomalien des Knochensystems. Derselbe Vortr. zeigt Röntgenbilder, Präparate und eine Patientin mit Lymphangiom des Knochens. Aehnlich wie in dem bekannten Fall von Katholicki ist es zu sehr ausgedehnter Knochenusurierung gekommen.

Frangenheim (Königsberg) demonstriert Bilder eines chondrodystrophischen Zwerges und erörtert die Bedeutung der Osteotomie bei Mikromelie. Joachimsthal (Berlin) hält es für gleichgültig, in welchem Zeitpunkt der Erkrankung man sich zur Osteotomie entschliesst. Rehn (Königsberg) erörtert an der Hand von Operationspräparaten die Entstehung der Gelenkchondrome, die er durch Knorpelkeimversprengungen während der Gelenkentwickelung erklären will. Die Behandlung kann allein in ausgiebiger Gelenkresektion mit sorgfältiger Entfernung der Kapsel bestehen.

Sohler (Königsberg) berichtet über Erfahrungen mit der Trypsinbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose. Die Behandlung führte namentlich bei Gelenktuberkulosen niemals zum Ziel, sie hat gegenüber den Jodoform-Injektionen nur Nachteile wie z. B. hohe Temperatursteigerungen, Einschmelzungen im benachbarten Gewebe u. s. w.

Die Technik der Leimverbände erörterte Port (Nürnberg) an einigen Modellen.

Sehr interessante Demonstrationen v. Haberer's (Wien), Stieda's (Halle) und Frangenheim's (Königsberg) betrafen die Knochenverpflanzungen nach ausgedehnten Kontinuitätsresektionen der langen Röhrenknochen. Das Gebiet dieser Resektionen ist unzweifelhaft durch die guten Erfolge der Transplantation immer mehr ausgedehnt worden, wie dies auch von Garrè und Tillmanns bestätigt wurde.

O. Ehrhardt-Königsberg.

46) **Speroni.** Myotonia congenita (enfermedad de Thomsen). (Rev. de la Sociedad Médica Argentina. No. 98. September-Oktober 1909.)

Mitteilung eines Falles von Myotonia congenita (Thomsen'sche Krankheit) bei einem 21jährigen Arbeiter. Die Krankheit hatte im Alter von vier



Jahren begonnen und bestand darin, dass, wenn der Kranke 5—15 Minuten in sitzender oder liegender oder stehender Stellung verharrt hatte und nun versuchte, Bewegungen auszuführen, sich eine Rigidität der Glieder einstellte, welche es sehr schwer machte, dieselben zu bewegen. Er ging die ersten 10 bis 15 Schritte mit fast steifen Beinen und erst allmählich gewann er seine Beweglichkeit wieder zurück. Die histologische Untersuchung der Muskulatur an einigen ausgeschnittenen Probestücken ergab die für die Erkrankung charakteristischen Veränderungen. Hauptsächlich imponierte dabei das vergrösserte Volumen der einzelnen Muskelfibrillen.

Stein-Wiesbaden.

47) **Jakob**. Sobre un caso de paraplegia espasmodica familiar progresiva (Maladie de Struempell) con examen histopatologico completo. (Rev. de la Sociedad Médica Argentina. No. 98. September—Oktober 1909.)

Mitteilung eines Falles von familiärer spastischer progressiver Paraplegie (Strümpell'sche Krankheit) bei einem 12 jährigen Jungen, welcher 4 Jahre lang im Krankenhaus beobachtet werden konnte und alsdann an einer Broncho-Pneumonie zu Grunde ging. Die Krankheit hatte sich im 5. Lebensjahre entwickelt, nachdem der Knabe zuvor vollkommen gesund gewesen war. 2 seiner Geschwister waren im Alter von 3—5 Jahren an der gleichen Krankheit erkrankt. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab einen degenerativen Prozess der Pyramidenbahnen, welcher sich symmetrisch auf beiden Seiten vorfand und sich von der Brücke bis zum Lendenmark verfolgen liess. Ausserdem war eine Degeneration der Gowerschen Bündel und des Kleinhirnseitenstranges vorhanden. Im Gehirn fand sich eine Atrophie der Brücke und des Hirnschenkels und ausserdem eine deutliche Hypoplasie des Corpus callosum. In der Rolando'schen Furche boten die Riesenzellen alle Grade eines chronischen atrophischen Prozesses mit Tendenz zur Sklerose. Die Arbeit ist durch zahlreiche vorzügliche mikroskopische und makroskopische Abbildungen auf 16 Tafeln illustriert. **Stein**-Wiesbaden.

48) **Ribera**. Aneurisma traumático de la femoral debido á una fractura del tercio inferior del femur con presentación del enfermo. (Real Academia de Medecina de Madrid. Sesión del dia 23 de abril de 1910. Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid. No. 1. 128. 28. Juni 1910.

Bei einem 13 jährigen Knaben hatte sich im Anschluss an eine Fraktur des unteren Endes des linken Oberschenkels ein Aneurysma der Arteria femoralis entwickelt. Die Arteriennaht wurde 6 Wochen nach der Verletzung mit sehr gutem Erfolge ausgeführt. **Stein**-Wiesbaden.

Tagesnachrichten und Personalien.

Eine Berliner orthopädische Gesellschaft wurde im November von Orthopäden und Chirurgen Berlins und Umgebung



gegründet. Zum 1. Vorsitzenden wurde Prof. Joachimsthal, zum 2. Dozent Dr. Wollenberg, zu Schriftführern Dr. Böhm und Prof. Helbing, zum Kassenwart Dr. Biesalski gewählt.

Dr. Lossen, Spezialarzt für Orthopädie und Besitzer der Ernst-Ludwig-Heilanstalt in Darmstadt, ist gestorben.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Sachregister.

Die **fett** gedrucklen Zahlen bezeichnen Original-Arbeiten.

Bz. = Buchanzeige. P. = Personalien.

A.

B.

C.

D.

E.

F.



G.



H.

I.

J.



K.



P.



Q.

R.

S.





T.

U.



V.

W.

Z.

Namen-Register.

A.



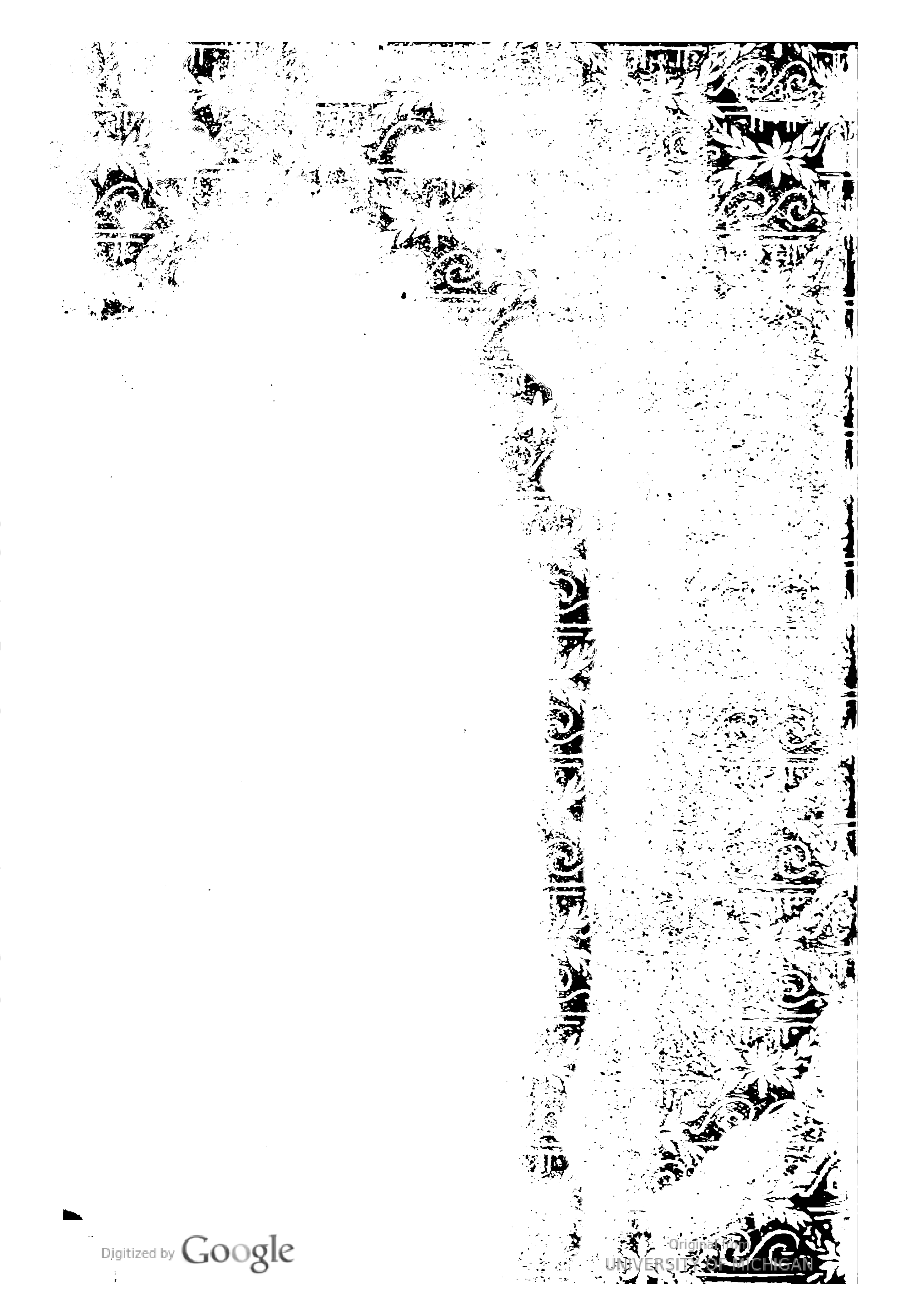
H.

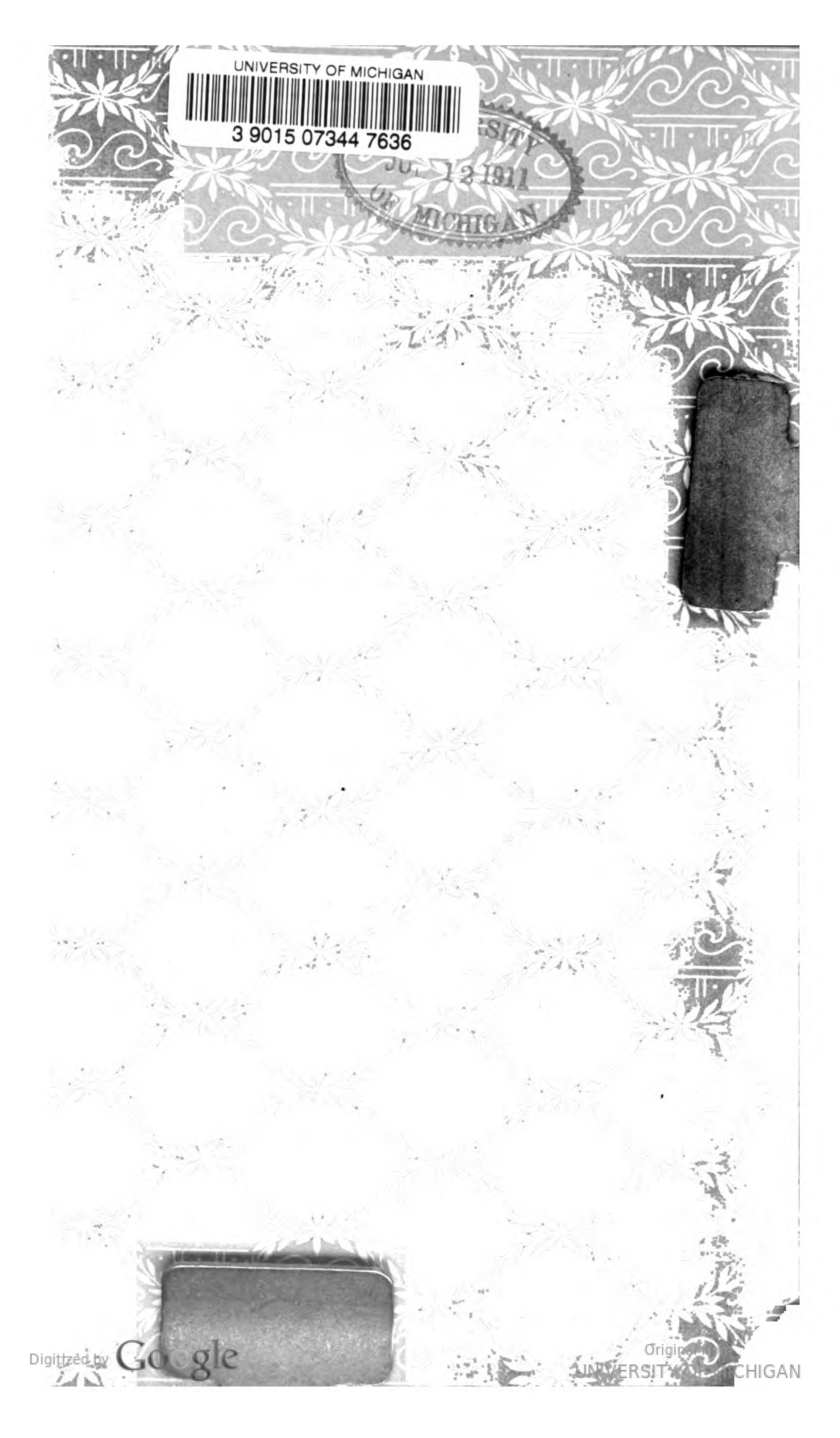
I.

J.

K.

L.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07344 7636

